

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií



Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R0009 Všeobecná sestra

Kvalita života žen se stresovou inkontinencí

Quality of women's life with stress incontinence

Markéta Michalčíková

Bakalářská práce

2013

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Markéta Michalčíková
Osobní číslo: Z09000060
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Kvalita života žen se stresovou inkontinencí
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

1. Průzkum průměrného věku žen, kdy se problém stresové inkontinence objevil a nejčastější příčiny vzniku.
2. Porovnání kvality života žen při operativní a konzervativní léčbě stresové inkontinence.

Východiska (abstrakt):

Záměrem bakalářské práce je seznámení se s problematikou stresové inkontinence u žen a průzkum kvality života žen léčených současnými metodami léčby stresové inkontinence. Stresová inkontinence je stav, kdy dochází k úniku moči po náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku například při kýchnutí, zakašlání nebo smíchu. Ženy často strádají zejména po psychické stránce a problém stresové inkontinence může vést k partnerské, sexuální nebo společenské odstupnosti.

Výzkumné předpoklady:

1. Domnívám se, že věkový průměr žen, kdy se problém stresové inkontinence objevil, bude okolo 40 let. Nejčastějšími příčinami vzniku budou zátěž při fyzické námaze a porody.
2. Domnívám se, že 80% žen bude spokojeno s operativním řešením stresové inkontinence a 70% žen bude spokojeno s konzervativní léčbou.

Metoda: Kvantitativní

Technika: Dotazník- individuální osobně předávaný

Místo a čas výzkumu: Urogynekologická poradna v Krajské nemocnici Liberec a.s. a v Nemocnici poliklinikou v České Lípě a.s.: leden-únor roku 2012

Vzorek: Pacientky se stresovou inkontinencí navštěvující urogynekologické poradny v Krajské nemocnici v Liberci a.s. a v Nemocnici s poliklinikou v České Lípě a.s.

Rozsah grafických prací: **např. 10 tabulek, 10 grafů**

Rozsah pracovní zprávy: **50-70 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

POSPÍŠILOVÁ, B. , PROCHÁZKOVÁ, O.: Anatomie pro bakaláře

1. Obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010. ISBN 978-80-7372-675-1

HALAŠKA, M. et al: Urogynekologie. Semily: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2

MARTAN, A. a kol.: Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba. Praha:

MAXDORF, 2006. ISBN 80-7345-094-1

ZIKMUND, J., HANUŠ, T.: Inkontinence moči u žen. Brno: Institut pro další

vzdělání pracovníků ve zdravotnictví Brno pro ILF Praha, 1993. ISBN

80-7013-142-X

Vedoucí bakalářské práce: **Bc. Alena Kyrianová**

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **15. září 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2012**

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel

V Liberci dne 30. listopadu 2010

Studentka
Markéta MICHALČÍKOVÁ
Z09000060
Meruňková 1549
473 01 Nový Bor

Vyřizuje: Ing. Lenka Kozáková/485 353 774

V Liberci dne 25. června 2012
č.j.: 12/8518/0392-02

Vyřádění k žádosti o ponechání tématu a prodloužení odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 15. 6. 2012, zaevidované pod č.j.: 12/8518/0392-01, Vám sděluji, že **souhlasím s ponecháním tématu bakalářské práce „Kvalita života žen se stresovou inkontinencí“ a zároveň souhlasím s prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2013.**

S pozdravem


doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



15/6/12
12/P518/0392-01

ŽÁDOST

Jméno:.....Markéta Michalčíková

Ročník :....3..... **Osobní číslo** Z09000060..... **Datum narození:** 4. 11. 1989

Studijní obor: - všeobecná sestra **Prezenční studium* / Kombinované studium***

Adresa trvalého bydliště: Meruňková 1549, Nový Bor 473 01

Adresa určena pro doručování:.....

Číslo telefonu : 602 164 779

E – mail: marketa.michalcikova@seznam.cz

Odůvodnění

ŽÁDÁM O PRODLOUŽENÍ TERMÍNU ODEVZDÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A PONECHÁNÍ TÉMATU „KVALITA ŽIVOTA ŽEN SE STRESOVOU INKONTINENCÍ“ DO 30.8.2013

Bc. Kyrianová
Alena

PODPIS VEDOUCÍHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: _____

V 15.6.2012 v LIBERCI

datum

Michalčíková

podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

schváleno
20.6.2012

Rozhodnutí rektora:



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č.121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinností informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Aleně Kyrainové za ochotu, cenné rady a vřelou spolupráci při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat panu Mudr. Davidu Hradci za odborné rady a konzultace ohledně problému stresové inkontinence. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu z urogynekologických poraden v Nemocnici s poliklinikou v České Lípě a.s. a v Krajské nemocnici v Liberci a.s., za možnost provedení výzkumu a milou spolupráci.

Anotace

MICHALČÍKOVÁ, MARKÉTA. *Kvalita života žen se stresovou inkontinencí*, Mgr. Alena Kyrianová, Liberec: Ústav zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci, 2013, s. 92, příloh: 7, Bakalářská práce

Tématem této bakalářské práce se stala: Kvalita života žen se stresovou inkontinencí. Pojem stresová inkontinence znamená nechtěný únik moči vznikající v důsledku zvýšení nitrobršního tlaku bez současné kontrakce detruzoru. Cílem práce bylo zjištění nejčastějších příčin a průměrného věku žen, kdy se problém úniku moči poprvé objevil. Druhým cílem práce byl průzkum kvality života žen léčených konzervativní a operativní metodou léčby stresové inkontinence. Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá pojmem kvalita života, potřeba nebo inkontinence a následně se podrobně zaměřuje na stresovou inkontinenci. Praktická část analyzuje poznatky získané při výzkumu z námi vytvořeného dotazníku a jednotlivé výsledky jsou zpracovány do tabulek a grafů.

Klíčová slova: Kvalita života, stresová inkontinence, urogynekologie, TVT, TOT

Annotation

MICHALČÍKOVÁ, MARKÉTA. *Quality of women's life with stress incontinence*, Mgr. Alena Kyrianová, Liberec: Institute of Health Studies, Technical University of Liberec, 2013, pages 92, attachments: 7, Bachelor Degree Thesis

The topic of this thesis were: Quality of life in women with stress incontinence. The concept of stress incontinence is the involuntary loss of urine resulting from increased intra-abdominal pressure without concomitant detrusor contraction. The aim was to identify the most common causes and the average age of women when the problem first appeared leakage. The second aim of the survey was the quality of life of women treated with conservative and operative method of treatment of stress incontinence. The work was divided into theoretical and practical. The theoretical part deals with the concept of quality of life, need, or incontinence, and then particularly focus on stress incontinence. The practical part analyzes the lessons learned from the research of our own questionnaire and the individual results are presented in tables and graphs.

Key words: Quality of life, stress incontinence, urogynecology, TVT, TOT

Obsah

Úvod.....	12
Teoretická část.....	13
1 Potřeby	13
1.1 Dělení potřeb	13
1.2 Potřeba vyprazdňování	13
2 Kvalita života	15
2.1 Pojem kvalita	15
2.2 Kvalita života.....	15
2.3 Kvalita života v klinické praxi.....	16
2.4 Měření kvality života v urogynéologii	16
3 Fyziologie vyprazdňování.....	17
3.1 Funkce močového měchýře a uretry.....	17
3.2 Děloha (uterus)	18
3.3 Svaly pánevního dna (diaphragma pelvis).....	19
3.3.1 Funkce svalů pánevního dna	19
3.4 Svaly hráze (musculi perinei)	19
4 Inkontinence moči u žen	20
4.1 Klasifikace močové inkontinence.....	20
4.2 Dělení inkontinence	22
4.3 Stupně inkontinence	23
4.4 Komplikace inkontinence moči	23
5 Stresová inkontinence	24
5.1 Příčiny vzniku stresové inkontinence	24
5.2 Rizikové faktory pro vznik stresové inkontinence	25
5.3 Dělení stresové inkontinence	25
5.4 Režimová opatření	26

6	Vyšetřovací metody stresové inkontinence.....	27
6.1	Anamnéza	27
6.2	Fyzikální vyšetření	28
6.3	Klinické testy.....	28
6.4	Urodynamické vyšetření:.....	29
6.5	Zobrazovací vyšetřovací metody.....	30
7	Ošetrovatelský proces při inkontinenci moči.....	31
7.1	Anamnéza	31
7.2	Ošetrovatelské diagnózy.....	31
7.3	Ošetrovatelský plán a realizace	32
7.4	Zhodnocení	32
8	Terapie stresové inkontinence:.....	33
7.1	Gymnastika svalů pánevního dna	33
8.1.1	Zásady cvičení.....	33
8.1.2	Hodnocení výsledků cvičení:	34
8.1.3	Elektrostimulace.....	34
8.2	Farmakoterapie	34
8.3	Chirurgická léčba.....	35
8.4	Podpůrné prostředky k řešení inkontinence.....	36
	Praktická část.....	37
9	Metodika výzkumu	37
10	Diskuze.....	84
11	Doporučení pro praxi	86
12	Závěr.....	87
	Soupis bibliografických citací.....	88
	Bibliografické odkazy na elektronické monografie	89
	Seznam příloh.....	I

„Není více obtěžující poruchy, než je neudržení moči... Stálé odkapávání páchnoucí moči proskakující prádlem lnoucím vlhce a chladně k tělu vylučuje pacientku z rodiny i společnosti.“

Howard T.Kelly

Úvod

Přesto, že inkontinence již dávno není problémem, před kterým by svět zavíral oči, není ani běžně ve společnosti probírána. Tématem této bakalářské práce se proto stala stresová inkontinence moči u žen. Stresová inkontinence v porovnání s ostatními typy inkontinencí, postihuje především mladší žen, které se často bojí o problému úniku moči hovořit. Není tak ničím výjimečným, že své obtíže tají po dlouhou dobu před blízkými a rodinou a v důsledku narůstání problému mění své chování. Jsou tak ohroženy ztrátou sociálních kontaktů a narušením rodinných a intimních vztahů. Ženy se snaží často s problémem úniku moči bojovat vlastními silami a k lékaři přicházejí až s odstupem několika měsíců i let. Dlouhodobé zatajování obtíží a nečinnost problém odborně řešit, tak může vést k mnohem složitější a náročnější léčbě než na samotném začátku.

Cílem naší práce se tak stalo zjištění průměrného věku žen, kdy se poprvé problém stresové inkontinence objevil s jejími nejčastějšími příčinami vzniku a zajistit tak vhodné vyhledávání rizikových skupin žen. Dále jsme se zaměřili na průzkum kvality života žen léčených konzervativními a operativními metodami léčby stresové inkontinence neboť potřeba močení patří k základním biologickým potřebám, jejíž uspokojování je pro život člověka nesmírně důležité.

Teoretická část

1 Potřeby

„Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby.“

(Trachtová, 2008, s. 10)

Pojem potřeba označuje projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Neuspokojené potřeby motivují a pobízejí člověka k vyhledávání řešení, jehož cílem je naplnit danou potřebu a získat tak psychické a fyzické uspokojení, které umožňuje kvalitnější prožívání života. Všichni lidé mají společné potřeby, které se mění v průběhu života z hlediska kvality i kvantity, rozdílem je, že každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby vlastním způsobem.

1.1 Dělení potřeb

V roce 1943 americký psycholog Abraham Harold Maslow definoval hierarchii lidských potřeb, rozlišující pět základních významů potřeba a vytvářející obraz pomyslné pyramidy. Mezi základní potřeby neboli potřeby vývojově nižší řadíme potřeby fyziologické, které jsou pro život jedince velmi důležité a zajišťují jeho přežití. Mezi fyziologické potřeby řadíme například potřebu dýchání, příjmu potravy a vody, rozmnožování, spánku nebo potřebu vyprazdňování. Dle Maslowa je člověk ovšem bytostí s potřebami, které zřídka kdy dosáhnou stavu plnějšího uspokojení a je pro ni typické, tak stále něco vyžadovat. Po uspokojení fyziologických potřeb tak do popředí vyvstávají další potřeby, jako je potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky a sounáležitosti a následně potřeby vývojově vyšší, uspokojující duševno jedince. Jedná se o potřeby uznání, sebeúcty a seberealizace.

1.2 Potřeba vyprazdňování

Potřeba vyprazdňování patří mezi biologické potřeby člověka, kdy její pravidelné a přiměřené uspokojování přispívá nejen k somatické rovnováze organismu, ale také k navození pocitu spokojenosti a psychické rovnováhy. Způsob uspokojování potřeby je zcela individuální, liší se v nárocích na intimitu, diskrétnost nebo její četnost. V případě, že potřeba vyprazdňování není dostatečně uspokojována, mohou se u jedince projevit somatické obtíže,

jako jsou bolesti, nadýmání nebo pocity plnosti a také široká škála negativních emocionálních stavů, například napětí, nervozita, úzkost nebo strach. Pro dosažení vhodné kvality života je potřeba vyprazdňování velmi důležitou, je ovlivněna řadou faktorů, které nalezneme v níže uvedené tabulce.(Tab. 1).

Tabulka 1 Faktory ovlivňující vyprazdňování

Fyziologicko – biologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> - funkce močového systému - vývojové faktory - příjem potravy a tekutin - aktivita a pohyb - nemoc
Psychicko – duchovní faktory	<ul style="list-style-type: none"> - životní styl - sebepojetí, sebekoncepce - emocionální ladění
Sociálně – kulturní faktory	<ul style="list-style-type: none"> - tabulzace problému - diskrétnost, intimita, soukromí
Faktory životního prostředí	<ul style="list-style-type: none"> - bytové podmínky - úroveň hygieny

Tabulka vytvořena z materiálu Trachtová, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

(Tab. 1 Trachtová, 2008, s. 96)

(8, 18)

2 Kvalita života

2.1 Pojem kvalita

Ve slovníku českého a slovenského jazyka pojem kvalita vyjadřuje jakousi jakost, kterou je možné vymezit do dvou základních významů. Prvním významem je pojem kvality jako normativní kategorie, která vyjadřuje optimální úroveň, přibližující se k danému očekávání, potřebám nebo představám. Druhým významem je všeobecné označení specifických charakteristik, kterými se daný objekt liší od jiných bez zdůraznění míry uspokojení určitých potřeb.

Kvalita je relativní kategorií, která může být vyjádřena kvalitativními indikátory z hodnotového systému posuzujícího nebo kvantitativně pomocí měřitelných indikátorů. Pro správné vyhodnocení musí být vymezeno, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřena, musí být určen předmět a normy, se kterými je zkoumaný předmět porovnáván. V případě kvality života je předmětem hodnocení život a je nutné se zaměřit na otázku: Kvalitu jakého života hodnotíme? Odpovědí v našem případě je: Kvalitu života žen se stresovou inkontinencí moče.

2.2 Kvalita života

V současné době neexistuje žádná shodná definice, která by pojem „kvalita života“ vysvětlovala. Důvodem je široká škála různorodých oblastí, které jsou pro život člověka důležité. Jedná se o takzvaný fenomén s vysokou mírou komplexnosti zahrnující oblasti sociální, kulturní, politické, ekonomické, medicínské, interpersonální, psychologické, filozofické nebo historické. Většina autorů se ve snaze definovat kvalitu života shoduje, že se jedná o kombinaci aspektů zdraví, které jsou pro život člověka důležité. Nejedná se ovšem o pojetí zdraví pouze jako tělesného stavu, ale zdraví v jeho multidisciplinárním pojetí. V tomto smyslu také definovala zdraví Světová zdravotnická organizace (WHO).

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“

(Hoffmannová, Plívová, 2008, s. 4)

(4,7)

2.3 Kvalita života v klinické praxi

Výzkum kvality života ve vztahu ke zdravotní péči je využíván od sedmdesátých let 20. století. V klinické praxi se hodnocení kvality života využívají především u pacientů s chronickými a nevyléčitelnými chorobami, která vyžadují celoživotní dodržování režimových zásad a opatření a omezují nemocného v běžných denních aktivitách. Mezi významné faktory, které ovlivňují kvalitu života v důsledku závažného onemocnění, patří například:

- Celoživotní charakter léčby, kdy v mnohých případech se nejedná o kauzální léčbu, ale o substituční léčbu s nepravidelným efektem a nežádoucími účinky
- Nároky selfmanagementu onemocnění, kdy nemocný mění své životní návyky a chování
- Nejasnost prognózy
- Vědomí závažných chronických komplikací a akutních stavů, které ohrožují nemocného v případě nedodržení léčebného režimu

Kvalita života je v nemocničních zařízeních obvykle hodnocena pomocí dotazníků, které pacient vyplňuje sám nebo jsou součástí strukturované konzultace. Obvykle jsou dotazníky sestaveny podle stejného schématu a zaměřují se na šest základních okruhů. Jedná se o fyzické funkce, emoční stav, sociální kontakty, práce, bolest a spánek.

Výsledky výzkumu pomáhají lékařům, sestrám i ostatním zdravotnickým pracovníkům pochopit, jak dané onemocnění ovlivňuje život nemocného a zajistit adekvátní zdravotní a podpůrnou léčbu. Díky zjištěným údajům mohou být například zvoleny vhodnější intervence, komunikace, získání informací týkající se preferencí pacienta nebo efektivity léčby.

2.4 Měření kvality života v urogynélogii

V oboru urogynélogie mohou být dotazníky prospěšné v řadě klinických činností. Příkladem může být screening a monitorace psychosociálních problémů v individuální péči o pacienta, přínosem může být také pro populační přehled zjištěného problému, pro kontroly lékařské péče, hodnocení výzkumu a úrovně péče o zdraví. Dalším přínosem jsou klinické studie, hodnocení nákladů léčby nebo jako doplněk klinického vyšetření.(7,19)

3 Fyziologie vyprazdňování

Pro vyjasnění problematiky inkontinence je důležité znát závislost mezi vyprazdňováním a funkcí svalů pánevního dna.

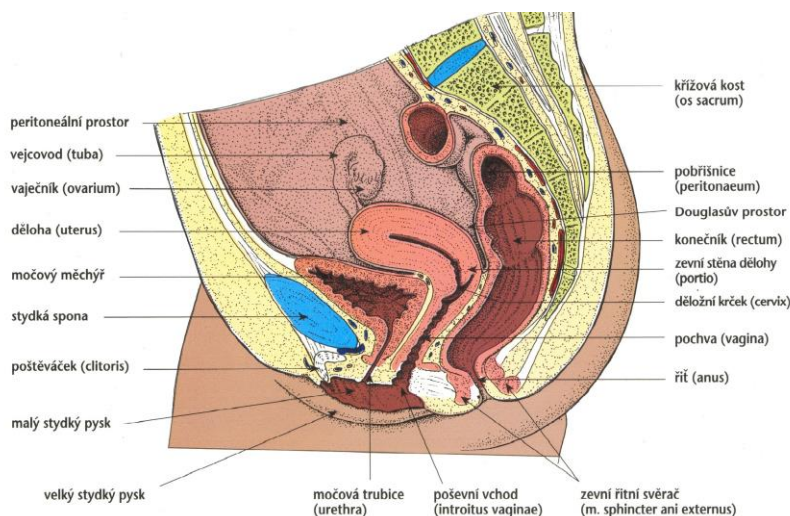
3.1 Funkce močového měchýře a uretry

Funkce močového měchýře je dvojí, jedná se o funkci shromažďování definitivní moči a jejím aktivním vypuzováním při mikci. První fází je shromažďování moči, které podléhá aktivitě detruzoru (=svalovina močového měchýře). V této fázi dochází k přitékání moči z močovodů směrem do močového měchýře a tedy k jeho postupnému plnění. I přes to, že maximální kapacita močového měchýře je průměrně 700 ml, pocity plnosti nastávají již při zvýšení objemu moči na 250 ml. Podněty z močového měchýře, týkající se bolesti, pocitů plnosti nebo nucení na močení jsou přiváděny parasymptikem a jeho aferentními drahami k zadním míšním kořenům a provazcům (segmentům S2 – S4) a jimi poté do mozku. Centrální nervový systém vede poté impulsy do mikčního centra, kterým je detruzorové jádro a odtud poté do močového měchýře a uretry. Sympatická inervace (v oblasti segmentů Th10 – L2) hraje roli při udržení moči, kdy z postranních míšních buněk vycházejí pregangliová vlákna sympatiku a předními míšními kořeny přicházejí k močovému měchýři. Samovolnému odchodu moči brání tak vůlí ovladatelný příčně pruhovaný sfinkter (musculus sphincter urethrae), který je umístěn v průchodu uretry skrze svalové pánevní dno. Samotná uretra udržuje během plnicí fáze pozitivní uzavěrový tlak, kdy během mikce dochází k uvolnění sfinkteru a vyprázdnění močového měchýře. Během plnicí fáze dochází ke zvyšování jak intravezikálního tlaku (=tlak v močovém měchýři), tak v důsledku zvyšujícího se objemu a napětí svalových vláken ke zvýšení intrauretrálního (=tlak v močové trubici v oblasti zevního svěrače) tlaku.

Mikční reflex je vyvolán podněty z močového měchýře, které jsou vedeny zadními míšními kořeny k provazcům a jimi do mozku. Asi 5-12 sekund před mikcí dochází k relaxaci svalů pánevního dna a zevního svěrače, následně dochází k poklesu uretrovezikálního spojení, kdy uretra se rozšíří a zkrátí a společně se spodinou močového měchýře vytvoří tvar nálevky. Vnitřní vrstva detruzoru se kontrahuje a umožní další pootevření ústí uretry a průtok moči. Kontrakce detruzoru vyvolá mikční tlak v močovém měchýři 4-6 kPa s maximálním průtokem moči rychlostí 15-25 ml/s.

3.2 Děloha (uterus)

Děloha je dutý orgán hruškovitého tvaru, který je dlouhý 7-9 cm a široký 4-4,5 cm a jehož funkcí je vývoj zárodku až do jeho samotného porodu. Děloha je rozdělena do několika částí, které označujeme jako děložní tělo (corpus uteri), děložní hrdlo (cervix uteri) a zúženým úsekem mezi hrdlem a tělem označovaným jako isthmus uteri. Stavba stěny dělohy je tvořena děložní sliznicí (endometrium), svalovinou děložní (myometrium) a povrchovou vrstvou (perimetrium), které přechází z povrchu dělohy dopředu na močový měchýř a dozadu na rektum. Endometrium tvořené cylindrickým jednovrstevným epitelem a řídkým vazivem a v průběhu cca 28 dnů podléhá charakteristickým změnám označovaným jako menstruační cyklus. Normální polohou dělohy je antevertze (ohnutí dělohy v isthmu dopředu) a antefixe (překlopení dělohy dopředu, kdy děloha s pochvou svírá úhel 70-100 stupňů). V této poloze se děloha nachází díky svalům pánevního dna a také díky závěsnému aparátu tvořeným parametriem. Jedná se o parametrální vazy, které vybíhají z vaziva dělohy pod peritoneum a mezi které řadíme ligamentum cardinale uteri, ligamenta sacrouterina, ligamenta vesicouterina a ligamenta pubovesicalia.



Obrázek 2: Přehled orgánů malé pánve

(http://www.szskm.cz/soma/20B_zenske_pohlavni_organy.jpg)

3.3 Svaly pánevního dna (diaphragma pelvis)

Pánevní dno je souhrnným názvem pro skupinu svalů, které tvoří dohromady tvar mělké nálevky a na níž spočívá váha útrobu břišních a útrobu malé pánve. V jeho přední části se nachází trojúhelníkový otvor (hiatus urogenitalis), kterým prochází močová trubice a u žen také pochva. Většina pánevního dna je tvořena zvedačem řitním (musculus levator ani) a malá zadní část je tvořena svalem kostrčním (musculus coccygeus). Musculus levator ani je tvořen přední pubickou částí označovanou jako musculus pubococcygeus, která se upíná na stydkou kost a obkružuje močovou trubici a vagínu a dále je tvořen širší iliatickou částí musculus iliococcygeus upínající se na okraj kostrče. Svaly pánevního dna jsou inervovány z přímé větve z plexus sacralis z oblasti S3 a S4.

3.3.1 Funkce svalů pánevního dna

Pánevní dno tvoří pružnou spodinu pánve a podpírá orgány procházející skrze něj. Svaly se napínají v souhybu se svaly zádonými a svaly tělní stěny. Jako podpůrný aparát děložní funguje pubická část musculus levator ani. Naopak zdvihači zadní poševní stěny jsou snopce obepínající vagínu jako musculus compressor vaginae nebo musculus pubovaginalis.

3.4 Svaly hráze (musculi perinei)

Jedná se o svaly, ležící okolo pánevního východu zevně od diaphragma pelvis a kterými procházejí trávicí, močové a pohlavní cesty. Svaly hráze tvoří urogenitální překážku (diaphragma urogenitale), jejíž hlavní funkcí je tvorba svěrače trávicí, vylučovací a pohlavní soustavy. Do této skupiny řadíme svaly: musculus transversus perinei profundus, musculus sphincter urethrae externus, musculus sphincter urethrovaginalis, musculus compressor urethrae. (6,9,10)

4 Inkontinence moči u žen

S prodlužujícím se věkem populace dochází k rozvoji také některých chorob. Na tuto skutečnost reaguje řada odborníků a vznikají společnosti, které se danou problematikou zabývají. V případě poruchy funkce pánevního dna vzájemná blízkost orgánů malé pánve, močového, pohlavního ústrojí a rekta vedla ke spojení znalostí a spolupráci lékařů u oboru urologie, gynekologie a proktologie. Výsledkem tohoto spojení byl v roce 1971 vznik mezinárodní společnosti pro kontinenci (International Continence Society - ICS).

Inkontinence moči je definována dle ICS jako jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. Nejedná se ovšem o onemocnění, ale o symptom vyjadřující poruchu mezi shromažďovací a vyprazdňovací fází funkce močového měchýře. Onemocněním se inkontinence stává až v důsledku zdravotních nebo jiných obtíží, které působí postiženému. Ačkoli inkontinence neohrožuje nemocného na životě, jde o problém, který zásadně omezuje kvalitu života hlavně v oblasti psychosociální.

„Udává se, že každá žena se ve svém životě aspoň jednou setká se samovolným únikem moči. Se vzrůstajícím věkem také roste riziko trvalejších obtíží. Ve věku 50 let trpí nějakou formou inkontinence moči každá druhá až třetí žena.“ (Hanuš, 2011, str. 49) (6,12)

4.1 Klasifikace močové inkontinence

1. Urgentní inkontinence moči

Jedná se o nejčastější formu močové inkontinence, která se projevuje náhlým neovladatelným nucením na močení s únikem většího množství moči. Náhlé nutkání k močení a nedostatečný časový prostor vede k nedobrovolné ztrátě moči. Příčina urgentní inkontinence může být senzorická nebo motorická. Motorická urgentní inkontinence je způsobena nadměrnou vzruchovostí svalstva stěn močového měchýře, který se tak vyprazdňuje častěji i při nižším stupni naplnění, což je způsobeno zesílenými impulsy vyvolanými psychicky stresovými situacemi nebo degenerativními onemocněními. Motorická inkontinence se nejčastěji projevuje jako tzv. hyperaktivní močový měchýř. Senzorická urgentní inkontinence je způsobena nejčastěji infekcemi močových cest, nádory či kameny v oblasti močového měchýře. Při senzorické formě inkontinence je nutné nejprve vyléčit tyto příčiny a teprve poté se léčí vlastní inkontinence.

2. Stresová inkontinence moči

Stresová inkontinence se nejčastěji projevuje únikem malého množství moči při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku (=nitrobřišní tlak). V důsledku náhlého zvýšení nitrobřišního tlaku dochází také ke zvýšení tlaku v močovém měchýři. V případě, že intravezikální tlak (=tlak v močovém měchýři) převyší tlak intrauretrální (=tlak v oblasti zevního svěrače), dochází k úniku moči.

3. Reflexní inkontinence moči

Reflexní inkontinence moči je příznakem neurologického onemocnění nebo poranění mozku a míchy. Často se reflexní inkontinence rozvíjí v důsledku nádoru, roztroušené sklerózy nebo například úrazů. Z důvodu ztráty volní kontroly nad centrem močení se močový měchýř vyprazdňuje bez nutkání a reflexe.

4. Paradoxní inkontinence moči

Paradoxní inkontinenci moči označujeme též jako inkontinenci z „přetékání“. Jedná se o stav, kdy moč mimovolně odtéká z přeplněného močového měchýře. Je způsobena ochablými svaly močového měchýře například při nervovém poškození po diabetu nebo jiné nemoci nebo bloádou v oblasti močové trubice v důsledku nádoru nebo močového kamene. Při zablokování močové trubice dochází k nahromadění moči v močovém měchýři, dochází tak ke zvyšování vnitřního tlaku, který překoná zúžení a moč začne unikat po kapkách.

5. Smíšená inkontinence moči

U smíšeného typu inkontinence se jedná o kombinaci stresové a urgentní inkontinence. Smíšená inkontinence se může vyskytovat v každém věku a příčinou mohou být nejrůznější základní onemocnění. Smíšená inkontinence může být také způsobena či zesílena účinky některých léčiv, zvláště v případech, kdy je užíváno více léčiv najednou.

Existuje také typ močové inkontinence, který není do schválené klasifikace inkontinencí moče zahrnut a ani mnozí odborníci jej nepovažují za pravou inkontinenci. Jedná

se o extrauretrální inkontinenci neboli trvalý odtok moči jinými cestami než uretrou. Příčiny tohoto typu inkontinence mohou být vrozené, jako například rozštěp močového měchýře nebo získané v důsledku pooperačních a poúrazových píštělí.

Tabulka 2 Výskyt jednotlivých forem močové inkontinence

stresová	35-45%
urgentní	25-35%
smíšená	20-40%
ostatní formy	5-10%

(Tab. 4 Slezáková, a kol.,2011,str. 83)

V České republice trpí únikem moči na 700 000 lidí, přibližně třetina těchto lidí je postižena stresovou inkontinencí moči, asi čtvrtina je postižena urgentní inkontinencí a u zhruba stejného množství se jedná o kombinaci těchto inkontinencí. Statistiky také hovoří o tom, že přibližně 20 % žen ve věku okolo 45 let je postiženo právě stresovou inkontinencí a až 60 milionů Evropanů po 40. roce života urgentním typem. (2,11,12,13)

4.2 Dělení inkontinence

Projevy inkontinence je možné rozdělit do dvou skupin – na obstrukční a iritační. Obstrukční inkontinence se projevuje opožděným začátkem močení, odkapáváním moči, slabým nebo přerušovaným proudem moči nebo pocitu nedostatečného vyprázdnění močového měchýře. Opakem je iritační inkontinence, která se projevuje nočním močením, nutkavým močením nebo častým a bolestivým močením, kdy vždy dochází k samovolnému a nechtěnému odtoku moči.

Dále také inkontinenci můžeme dělit dle příčiny a délky trvání na přechodnou (akutní) a trvalou (chronickou). Příčinou akutní inkontinence může být infekce močových cest, užívání léků či nadměrná konzumace alkoholu nebo kofeinu. Opakem je chronická inkontinence, jejíž příčinou může být oslabení svalů pánevního dna, úrazy či typy onemocnění, kterými jsou například Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, obrna, diabetes a podobně. Chronický typ inkontinence se poté dělí na stresovou, urgentní, paradoxní, reflexní či smíšenou inkontinenci. (2,13,21)

4.3 Stupně inkontinence

Podle závažnosti inkontinence rozlišujeme tři stupně inkontinence. První stupeň inkontinence označujeme též jako lehkou formu, kdy únik moči nastává při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku jako je například smích, kašel nebo kýchnutí. Průměrná ztráta moči během čtyř hodin se pohybuje okolo 50-100 ml. Druhý stupeň neboli střední forma močové inkontinence nastává při mírnějším zvýšení nitrobřišního tlaku, jako je chůze po schodech nebo lehčí forma fyzické námahy s průměrnou ztrátou 100-200 ml moči během čtyř hodin. Třetí stupeň neboli těžká forma močové inkontinence nastává i při pouze minimální námaze nebo trvale bez jakékoliv námahy s průměrnou ztrátou 200-300 ml moči během čtyř hodin. (20)

4.4 Komplikace inkontinence moči

Jako následek úniku moči se u postiženého mohou objevit zdravotní komplikace, jako jsou například opruzeniny, podráždění kůže, infekce, dekubity, urosepsy nebo chronická únava způsobená poruchami spánku v důsledku častých nočních úniků moči. Komplikace spojené s únikem moči ovšem postihují hlavně sociální a psychickou stránku. Často se tak může u postiženého projevit ztráta sebeúcty, deprese, frustrace, úzkost, sociální izolace nebo narušení intimních partnerských vztahů. Komplikací může být také finanční náročnost při nákupu pomůcek, která zatíží ekonomický rozpočet. (13)

5 Stresová inkontinence

„Stresová inkontinence je nechtěný únik moči uretrou při změnách intraabdominálního tlaku bez současné kontrakce detruzoru, který představuje zdravotní a sociální problém a je objektivně prokazatelný.“

Definice ICS

Nechtěný únik moči, k němuž dochází po náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku, v odborné terminologii označujeme jako stres. Nejedná se ovšem o stres psychický, jak se často ženy nesprávně domnívají. Za normálních okolností zůstává u kontinentních žen močová trubice pevně uzavřena díky vzrůstajícímu nitrobřišnímu tlaku a tlaku uzavírající močovou trubici, kdy moč nemůže nechtěně uniknout. K tomuto procesu přispívají svaly pánevní dna, pojivové tkáně v jejich okolí a pochva, které udržují močovou trubici ve fyziologické poloze. Ochabnutí těchto podpůrných struktur vede k nedostatečnému uzávěru močové trubice a únikům moči.

Stresová inkontinence v současné době již není ojedinělým jevem. V České republice trpí touto formou úniku moči více jak 350 000 žen a je tak stále častěji probíraným tématem jak v médiích, tak v ordinacích lékařů. I když se o tématu stresové inkontinence nesnadno hovoří, jeho řešením může být například pouhý jednoduchý miniinvazivní zákrok, který navrátí ženu zpět do společenského i soukromého života.

5.1 Příčiny vzniku stresové inkontinence

Mezi příčiny vzniku stresové inkontinence nejčastěji patří: změna pozice hrdla močového měchýře a jeho hypermobilita při zvýšení nitrobřišního tlaku a defekt vnitřního svěrače uretry. Mezi stavy vedoucí ke snížené uzávěrové schopnosti uretry při zvýšení intraabdominálního tlaku patří: ochablost svalstva pánevního dna, sestup a výhřez dělohy a deficit estrogenů v období menopauzy.

5.2 Rizikové faktory pro vznik stresové inkontinence

Mezi rizikové faktory ohrožující vznikem stresové inkontinence patří:

- Komplikované porody jako je například protrahovaný porod, porod velkého plodu nebo operační vaginální porod
- Nedostatek pohybu nebo naopak nadměrná fyzická námaha způsobující jednostranné přetížení
- Nevhodná práce vykonávaná trvale vsedě a v předklonu
- Chronický kašel
- Užívání některých léků, jako například antihypertenzíva
- Obezita, přispívající k poklesu pánevních orgánů a oslabení svalstva pánevního dna (Až v 80 % případů stresové inkontinence je BMI nad 26. V mnohých případech pouhá redukce hmotnosti pomáhá výrazně zlepšit nebo odstranit příznaky stresové inkontinence) (2, 11, 12)

5.3 Dělení stresové inkontinence

Pro lepší hodnocení stupně postižení stresovou inkontinencí se v klinické praxi užívá klasifikace dle Ingelmanna – Sundberga:

- I.stupeň

Dochází k úniku moči po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí nebo zvedání těžkých břemen. Únik moči je spojen s poměrně náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku, kdy moč uniká intermitentně.

- II.stupeň

K úniku moči dochází při podstatně nižším vzestupu intraabdominálního tlaku než při stupni prvním. Příkladem může být chůze, běh, stoupaní po schodech nebo lehčí fyzická práce.

- III.stupeň

Únik moči je spojen již se situacemi, kdy dochází k velmi nízkému vzestupu intraabdominálního tlaku. Dochází k téměř kontinuálnímu úniku moči například při pomalé chůzi nebo ve stoje ve vzpřímené poloze.

Z důvodu nedostatečného posouzení subjektivnosti se doporučuje k výše uvedené klasifikaci využívat dotazníky a metody k objektivnímu určení množství uniklé moči. (22)

5.4 Režimová opatření

Pod pojem režimová opatření zahrnujeme: pravidelný pitný režim nebo vyloučení situací, které vedou ke zvýšení nitrobřišního tlaku. Mezi doporučené pohybové aktivity patří například turistika, plavání nebo jízda na kole. Naopak mezi nevhodné řadíme jakékoliv sporty a aktivity, které je spojeno se skákáním.

Pitný režim

Častým prvním, i když nesprávným krokem žen, které postihne jakýkoliv typ močové inkontinence, je omezení příjmu tekutin. Ženy si již ale neuvědomují, že snížení příjmu tekutin má vliv na celkový stav organismu. Nedostatek tekutin ohrožuje ženu častějším výskytem infekcí močových cest, což vede k dalšímu zhoršení stavu inkontinence. Ženy s jakýmkoli typem močové inkontinence by měly být proto poučeny o pravidelném pitném režimu, kdy denní příjem tekutin by měl být 2-3 litry. Vhodným krokem je vyloučit močopudné a alkoholické nápoje.

Situace zvyšující nitrobřišní tlak

Ženy by se měly vyhýbat situacím, kdy dochází ke zvyšování tlaku v dutině břišní. Příkladem může být: zadržované, přerušované nebo dotlačované močení, zvedání těžkých břemen, dlouhodobý kašel nebo dlouhodobá zácpa. (14)

6 Vyšetřovací metody stresové inkontinence

Určení správného léčebného plánu stresové inkontinence předchází zjištění příčiny samovolného úniku moči, k němuž slouží řada diagnostických metod. Pečlivě odebraná anamnéza, fyzikální vyšetření, klinické testy, laboratorní, zobrazovací či urodynamické vyšetření vedou k odhalení problému úniku moči a následné léčbě, jejíž cílem je zlepšit kvalitu života.

6.1 Anamnéza

Jelikož, hovořit o tématu stresové inkontinence může být pro řadu žen velmi nepříjemné, je důležité, aby bylo vytvořeno vhodné prostředí pro komunikaci s lékařem. Pomocí správně volených a formulovaných otázek se lékař snaží o získání, co největšího množství informací o pacientce, především se zaměřením na rodinnou, sociální, pracovní, urologickou a gynekologickou anamnézu.

Rodinná anamnéza

Získáváme informace ohledně dědičných chorob, kdy příkladem můžou být anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady nebo anomálie v oblasti sakrální míchy.

Gynekologická a porodnická anamnéza

V této části anamnézy se zaměřujeme na otázky týkající se menarche, menstruačního cyklu, počtu, způsobu ukončení porodů a porodních vah novorozenců nebo klimakteria. Důležitý je také údaj o prodělaných gynekologických zánětech, úrazech či operacích.

Urologická anamnéza

Zjišťuje dobu vzniku prvních úniků moči a příčiny, které k jejich vzniku vedly. Závislost potíží na denní době, možnost přerušení močového proudu během mikce a jeho síla nebo urgency mikce. Dále zjišťujeme možné provokační momenty, které vedou k úniku moči, jako je kašel, smích, kýchnutí, běh nebo chůze do schodů. Důležitá je také informace o možnostech užívání podpůrných pomůcek a hygienických návycích.

Sociální a pracovní anamnéza

Má svoji důležitost nejen ke zjištění fyzické náročnosti povolání pacientky, ale také v pooperačním období pro možnost následného začlenění do práce.

Anamnéza bývá často doplňována různými typy dotazníků. Často používaným typem dotazníků jsou ty, které se snaží o rozpoznání jednotlivých typů inkontinencí. Mezi nejčastěji využívaný dotazník v praxi patří tzv. Gaudenzův dotazník, který se pomocí patnácti otázek snaží rozpoznat diagnózu stresové inkontinence od inkontinence urgentní. Dalšími často používanými dotazníky, jsou ty, zaměřující se na kvalitu života. (2,3)

6.2 Fyzikální vyšetření

Vyšetření za účelem diagnostiky stresové inkontinence se nijak neliší od běžného gynekologického vyšetření vyjma delšího průběhu, kdy lékař při vyšetření postupuje ve třech krocích. Prvním krokem je aspekce, kdy hodnotíme konfiguraci a stav zevního genitálu, dále také stav hráze a přítomnost jizev po předchozích episiotomiích nebo rupturách. Důležitou součástí je také vyhodnocení uložení a stavu uretrálního ústí. Dalším krokem je vyšetření v zrcadlech, kdy pomocí gynekologických zrcadel hodnotíme stav poševní stěny v celém jejím rozsahu a možné přítomné defekty. Posledním krokem fyzikálního vyšetření je vyšetření pomocí palpce, kdy dochází k posouzení stavu dělohy, adnex, stavu hráze a funkčnosti pánevního dna.

6.3 Klinické testy

Pad-weighing test

Principem testu je průkaz úniku moče a stanovení jeho množství. Rozlišujeme dva druhy pad-weighing testu: kvantitativní a kvalitativní. Kvalitativní forma využívá fenazopyridinové barvivo obsažené ve vložkách, které barví unikající moč na modro. Stupeň zabarvení nás informuje o stupni závažnosti inkontinence. Kvantitativní forma testu je nejužívanější, neboť nás informuje o množství uniklé moči během určitého časového úseku.

Q-tip test

Q-tip test jinak označovaný také jako Cotton swab test, umožňuje posouzení mobility uretrovezikálního spojení. Během tohoto testu je do uretry na úroveň krčku močového měchýře zasunuta sterilní lubrikovaná štětka. Pacientka je poté vyzvána k zatlačení. Při normálním stavu uretrovezikálního spojení se poloha štětčky nezmění, je-li ale uretrovezikální spojení uvolněné, opisuje štětka úhel směrem dolů. Úhly posunu štětčky jsou poté měřeny ortopedickým goniometrem jak v klidu, tak při zatlačení. Pakliže je rozdíl

úhlů větší než 30 stupňů svědčí to pro hypermobilitu uretry. Někteří lékaři tento test neuznávají, neboť je mnoho falešně pozitivních i negativních nálezů.

Marshallův-Bonneyho test

Test slouží ke stanovení pravděpodobnosti vyléčení stresové inkontinence pomocí vaginální operace. Močový měchýř je naplněn na 200 ml a poté je žena vyzvána ke kašli, přičemž je zaznamenán únik moči. Lékař poté zavede ukazovák a prostředník nebo peánové kleště do pochvy tak, aby nadzvedl přední stěnu poševní v místě uretrovezikální junkce bez komprimace uretry. Poté je žena vyzvána opět ke kašli. Jestliže tlak prstů nebo peánu zabrání dalšímu úniku moči, podle Bonneyho testu zbaví přední poševní plastika ženu obtíží spojených se stresovou inkontinencí.

Mikční deník

Mikční deníky slouží k ozřejmění subjektivních obtíží žen a dále k jejich zapojení do diagnostického procesu. Mezi nejčastěji používané typy mikčních deníků patří tzv. tabulka frekvence/objem. Jedná se o „zlatý standard“ mezi mikčními deníky, zachycující přesný počet a čas mikcí, dále únik moči a zároveň zaznamenává množství vyloučené moči.

6.4 Urodynamické vyšetření:

Urodynamické vyšetření umožňuje sledovat transport moči z močového měchýře a poruchy, které během tohoto děje vznikají.

- **Plnicí cystometrie**

Cystometrie je považována za nejdůležitější urodynamickou metodu, která graficky znázorňuje odpovědi močového měchýře na plnění. Kvantitativně a kvalitativně analyzuje funkce detruzoru, informuje o elasticitě stěny močového měchýře, kontrakci detruzoru a jeho inervaci.

- **Měření uretrálního tlaku a profilometrie**

Podstatou vyšetření je měření tlaku v uretře v klidu, při zvýšeném abdominálním tlaku a během močení.

- **Měření tlaku při úniku moči**

Vyšetření slouží ke zpřesnění diagnostiky tlakových poměrů v uretře při úniku moči.

- **Uroflowmetrie**

Jde o základní screeningovou metodu hodnotící mikci, která spočívá v měření objemu tekutiny vyprázdňené uretrou za určitý čas.

- **Elektrofyzilogie a elektromyografie**

Neurofyzilogické vyšetření studující aktivitu příčně pruhovaných svalů pánevního dna.

6.5 Zobrazovací vyšetřovací metody

Cystouretrografie

Jedná se o rentgenové kontrastní vyšetření močového měchýře a močové trubice. Mezi nejčastěji používané rentgenové metody patří **řetízková laterální cystouretrografie**, která umožňuje měření zadního uretrovezikálního úhlu, jehož změny souvisí s rozvojem stresové inkontinence. Je také možné získat sérii rentgenových snímků během mikce k podrobnému popisu anatomie močového měchýře a jeho závěsu při **mikční cystouretrografii**. V současné době se rentgenové vyšetření provádí již výjimečně ve speciálních případech, neboť představuje pro pacientku a je nahrazeno ultrazvukovým vyšetřením, které je jednodušší můžeme jej častěji opakovat.

Ultrazvukové vyšetření

Jedná se o vyšetřovací metodu, která díky ultrazvukovým vlnám umožňuje nejen zobrazení anatomických struktur, ale také například sledování změn průtoku v cévách okolí uretry při dopplerovském vyšetření. Rozlišujeme dvě cesty přístupu při ultrazvukovém vyšetření: zevní a endoskopické. Zevní přístup zahrnuje cesty abdominální (břišní), perineální (hrázový) a introitální (spojení UZ vyšetření s urodynamickým měřením) naopak endosonografie přístup vaginální a rektální. V souvislosti se stresovou inkontinencí bývá ultrazvuk využíván k zobrazení svalstva pánevního dna, především musculus levator ani, kdy bylo prokázáno, že tloušťka svalu byla u žen trpících stresovou inkontinencí menší než v jiných případech.

(1,2)

7 Ošetrovatelský proces při inkontinenci moči

„Ošetrovatelský proces lze souhrnně definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodou poskytování ošetrovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče na základě aktuálního stavu. “

(Plevová, a kol., 2011, s. 108)

Jedná se o pracovní metodu ošetrovatelského personálu, která vychází z poznání pacienta, z aktivního vyhledávání jeho potřeb a umožňuje tak poskytnout pacientovi individualizovanou péči. Cílem ošetrovatelského procesu je poskytování ošetrovatelské péče za účelem uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny nebo komunity, vedoucí k obnovení tělesné a duševní pohody a co nejvyšší možné kvality života.

7.1 Anamnéza

První fází ošetrovatelského procesu je získání ošetrovatelské anamnézy, jedná se o sběr, ověřování a třídění informací. Cílem ošetrovatelské anamnézy je možné odhalení aktuálních nebo potencionálních zdravotních problémů.

V případě pacienta s inkontinencí moči se ptáme na množství uniklé moči, denní dobu nebo faktory, které mohou vést k úniku moči. Dále získáváme informace o používaných pomůckách pacientem a o hygienických návycích.

7.2 Ošetrovatelské diagnózy

Druhou fází ošetrovatelského procesu je stanovování ošetrovatelských diagnóz, které definují, co nemocného trápí nebo čím je potencionálně ohrožen. Pro správné zhodnocení ošetrovatelských diagnóz se v praxi využívá klasifikační systém NANDA, jehož cílem je standardizovat terminologii ošetrovatelské diagnostiky v různých zemích světa. Ošetrovatelské diagnózy jsou v NANDA doménách děleny na aktuální potencionální, syndromovou, wellness a ošetrovatelské diagnózy pro podporu zdraví.

Mezi aktuální ošetrovatelské diagnózy v případě inkontinence řadíme: Porušené vyprazdňování moči, Retence moči, Úplná inkontinence moči, Stresová inkontinence moči,

Funkční inkontinence moči, Reflexní inkontinence moči a Urgentní inkontinence moči. Mezi potencionální ošetrovatelské diagnózy řadíme riziko urgentní inkontinence moči a ošetrovatelskou diagnózou pro podporu zdraví je dle NANDA domén: ochota ke zlepšení vyprazdňování moči.

Následkem inkontinence moči se u pacienta mohou projevit problémy spojené s únikem moči spojené, jako jsou například diagnózy: Porušený obraz těla nebo Úzkost, které vznikají v důsledku roztrpčení pacienta nad funkcí jeho těla. Jako následek opruzenin může být u pacienta stanovena diagnóza: Porucha integrity kůže a následně diagnózy: Rizika infekce.

7.3 Ošetrovatelský plán a realizace

Třetím krokem je vytvoření ošetrovatelského plánu, ošetrovatelských strategií a intervencí s cílem prevence, edukace a eliminace pacientových problémů a následným pátým krokem, kterou je samotná realizace.

Pro inkontinentního pacienta by mělo být zajištěno dostatečné množství informací ohledně úniku moči, rizikových faktorů, pomůcek nebo možnostech léčby. Sestra by měla poskytnout pacientovi informace prostřednictvím lékaře, odborné literatury, letáků, brožur nebo kontaktů na organizace, které se danou problematikou zabývají a prostřednictvím empatického přístupu zlepšit psychickou stránku pacienta. Dále by měla předcházet potencionálním problémům a zajistit vhodné hygienické podmínky a pravidelně kontrolovat a pečovat o kůži v rizikových oblastech těla.

7.4 Zhodnocení

Posledním krokem ošetrovatelského procesu je vyhodnocení, kdy dochází k porovnání stanovených cílů a intervencí a jejich dosažení. (15, 17)

8 Terapie stresové inkontinence

Terapie stresové inkontinence je velmi složitou problematikou, neboť vyvolávajících faktorů, které vedou ke vzniku inkontinence je poměrně velké množství. Léčba tak musí vycházet z dokonalé diagnostiky a znalostí příčiny vzniku inkontinence v každém jednotlivém případě. (2)

7.1 Gymnastika svalů pánevního dna

„Gymnastika (trénink) pánevního dna je definována jako opakovaná selektivní volní kontrakce nebo relaxace určitých svalů pánevního dna. To vyžaduje povědomí o užití správného svalu a vyloučení nechtěné kontrakce připojených svalových skupin.“

Definice ICS (6,2)

Zvyšování svalové síly je dosahováno dvěma základními mechanismy: změnami v inervaci svalů a svalovou hypertrofií. Změnám v inervaci svalů dochází v průběhu prvních 6 – 8 týdnů cvičení a mohou způsobit nárůst síly kontrakce až o 100%. Naopak proces svalové hypertrofie je mnohem pomalejší a způsobuje postupný nárůst síly po řadu let. K dosažení vhodné hypertrofie svalů je potřeba zapojení jak takzvaných slow-twitch vláken, důležitých pro vytrvalost svalu, tak fast-twitch vláken, pro svalovou sílu a kontrakci. Zapojením obou dvou typů vláken při cvičení vede k požadovanému výsledku tréninku.

8.1.1 Zásady cvičení

K zásadám správného cvičení svalstva pánevního dna patří: klidné prostředí v dobře větraném prostoru, tak aby mohlo dojít k plnému soustředění na cvičení, které můžeme navodit také prostřednictvím příjemné hudby. Ke správnému cvičení, by měla žena mít k dispozici vhodnou podložku a volný pohodlný oděv, který by jí nijak neomezoval v soustředění ani v pohybu. Alespoň jednu hodinu před cvičením by žena neměla jíst a krátce před cvičením by měl být vyprázdněn močový měchýř. Je nutné si uvědomit, že pánevní dno musí být posilováno pravidelně, kdy pro zlepšení výsledku můžeme použít například malý míč (overball) nebo míč větší (gymnasticball). Správnost prováděných cviků, by měla žena konzultovat s fyzioterapeutem, který by ji měl upozornit na to, že během cvičení by neměla

pociťovat bolesti a také že na správném provedení cviků není rozhodující jejich počet, nýbrž jejich kvalita provedení.

8.1.2 Hodnocení výsledků cvičení

Účinnost léčby můžeme hodnotit subjektivně pomocí standardizovaných dotazníků nebo například pohovorem. Naopak objektivním ukazatelem účinku je snížení počtu úniků moči za den nebo zvýšení maximálního uzavíratelného tlaku v uretře (MUCP).

Gymnastika je obecně považována za jakousi neúplnou terapii, která nezaručuje opětovné navrácení plné kontinence. Přesto lze ale metodu posilování pánevního svalstva doporučit všem ženám bez výraznějšího anatomického defektu v oblasti malé pánve, a to především pro svou nenáročnost, jak materiálovou tak časovou. (14,23, 25)

8.1.3 Elektrostimulace

Užití elektrické stimulace v oboru urologie je známo již několik desítek let. Jako první užil elektrické impulzy pro stimulaci pánevního dna Caldwell, který zavedl elektrody přímo do stěny uretry. Tento postup ovšem neměl nejlepší výsledky a bylo od něj upuštěno.

V současné době se ke stimulaci svalů pánevního dna používají zevní stimulátory, kdy elektrody, které bývají ve tvaru kolíku, jsou připojeny na vaginální nosiče a ty jsou napojeny na pulzní generátory. Pomocí elektrických impulzů, jejichž frekvence je nejčastěji kolem 50 Hz, dochází ke kontrakcím příčně pruhovaného svalstva pánevního dna a zevního svěrače, způsobených podrážděním eferentních vláken nervus pudendalis. (2,5)

8.2 Farmakoterapie

Při farmakologické léčbě stresové inkontinence využíváme léčiv, která mají za cíl zvýšení uretrálního tlaku. Léky tohoto účinku nejsou primárně určeny k léčbě inkontinence, ale jejich hlavní účinek je zcela jiný. Z tohoto důvodu často nežádoucí účinky převládají nad těmi žádoucími a k léčbě se tak užívají zcela minimálně. Mezi léky využívající se při léčbě stresové inkontinence patří: alfa-adrenomimetika (Efedrin, Imipramin), hormonální léčiva nebo Duloxetine. (3)

8.3 Chirurgická léčba

Chirurgické řešení stresové inkontinence je považováno za neúčinnější typ léčby, jehož cílem je zajištění správné polohy uretry a tím předejít jejím poklesům při zvyšování nitrobršního tlaku. Existuje poměrně velký počet operačních postupů, ovšem jejich vhodný výběr závisí na mnoha okolnostech a je tak zcela individuální u každého případu.

Poševní plastiky

Rozlišujeme pojem přední a zadní poševní plastika. V případě přední poševní plastiky se jedná o poměrně výjimečně používaný operační postup k léčbě inkontinence nově využívaný v kombinaci s metodou TVT. Mnohem častěji využíváme přední poševní plastiky k rekonstrukci pochvy při descenzu a prolapsu orgánů malé pánve často využívané při vaginální hysterektomii. V případě zadní poševní plastiky se jedná opět o poměrně vzácně využívaný operační postup v případě inkontinence a většinou se používá ve spojení s přední plastikou.

Operace Marshallova-Marchettiho-Kratzova

Jedná se o operační přístup, jehož výsledkem je fixace hrdla močového měchýře k zadní ploše stydké spony. Tento typ operace byl zatlačen do pozadí odborného zájmu řešením inkontinence dle Burcheho.

Kolpopexie dle Burcheho

Cílem výkonu popsaného J. Burchem je vyzdvižení a závěs hrdla močového měchýře a proximální části uretry pomocí sutury pevné paravaginální tkáně laterálních kleneb k pevnému vaz, který probíhá na horním okraji os pubis. I přes to, že v současné době slaví úspěch spíše miniinvasivní operace, je kolpopexie dle Burcheho považována stále za poměrně častou a velmi úspěšnou operaci při léčbě stresové inkontinence..

Závěs hrdla močového měchýře smyčkou

Tento operační postup bývá využíván u žen s výraznou ochablostí svalstva pánevního dna nebo například u závažnějších stupňů močové inkontinence. Principem této metody je využití smyčky, která může mít různý původ, příkladem mohou být vlastní svaly, poševní stěna nebo syntetické materiály. Využití smyčky má tu výhodu, že proximální uretra není fixována a zůstává pohyblivá. Při napětí břišních svalů je smyčka tažena vzhůru a hrdlo močového měchýře nemůže sestoupit. (13)

TVT – tahuprosté volné vaginální smyčky

Nejčastěji používanou metodou chirurgické léčby stresové inkontinence je zákrok zvaný TVT, který je známý již od devadesátých let. Jedná se zkrácený název pro Tension-free Vaginal Tape neboli tahuprostou volnou vaginální pásku. Tato operační technika spočívá v zavedení syntetické nevstřebatelné pásce pod močovou trubici a jejím vyvedením za stydkou kostí do oblasti podbříšku. Zákrok je prováděn ve svodné anestézii a umožňuje tedy spolupráci s pacientkou během operačního zákroku. Toho využíváme po ukotvení pásky, kdy vyzveme pacientku ke kašli a definitivně tak upravíme polohu pásky pod močovou trubici, aby nedocházelo k únikům moči ani při silném kašli. Celý průběh operace trvá přibližně 20 až 40 minut, kdy následně je pacientka přeložena na jednotku intenzivní péče a poté na standardní oddělení. Léčba stresové inkontinence metodou TVT má také svou obdobnou alternativu označovanou jako TOT neboli Transobturator Tape, kdy páska je umístěna pod močovou trubici a vyvedena prostorem kolem dolních ramen stydké kosti do oblasti třísel. (13,16,26) (PŘÍLOHA D)

Implantáty

Léčba využívající implantátů je snadná pro svoji aplikaci a nevyžaduje celkovou anestezii ani hospitalizaci. Nevýhodou této metody jsou materiály, ze kterých se implantáty vyrábějí, kdy hrozí riziko embolizace, migraci částíček implantovaných plastů nebo jejich možný karcinogenní účinek. Překážkou jsou také nevelké zkušenosti operatérů s touto léčebnou metodou. (13)

8.4 Podpůrné prostředky k řešení inkontinence

V současné době je na trhu velké množství pomůcek, které mohou ženy při problémech se stresovou inkontinencí využívat. Pro zlepšení stažlivosti svalstva pánevního dna mohou ženy využívat různé druhy vaginálních pesarů nebo Venušiných kuliček. Na trhu se ale v současné době objevují také pomůcky, které způsobují lehkou námahu svalstva pánevního dna a obnovují přirozenou anatomickou polohu měchýře, čímž zabraňují nedobrovolnému úniku moči. Touto novinkou na trhu je tzv. IncoStress. Dalšími novinkami jsou výrobky značky Neen, která nabízí pomůcky nejen k posílení svalstva pánevního dna, ale také pomůcky ke zlepšení elektrostimulace svalů. K zachycení unikající moči slouží vložky s různým stupněm savosti, které kromě savosti mají za úkol odstranit také pachovou stopu (24)

(PŘÍLOHA A,B,C)

Praktická část

9 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce je tvořena daty získanými z urogynekologických poraden v Krajské nemocnici v Liberci a.s. a v Nemocnici s poliklinikou v České Lípě a.s. za spolupráce sester pracujících v těchto poradnách. Pro zpracování výzkumné části jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu formou anonymních dotazníků, které byly předávány osobně pacientkám.

Dotazník byl tvořen 25 otázkami, které byly rozděleny do dvou částí. První část dotazníku byla tvořena 5 otázkami a byla zaměřena k cíli č. 1. Druhá část dotazníku byla tvořena 20 otázkami a byla zaměřena na cíl č. 2, tedy na kvalitu života žen. Tato část byla rozdělena do 5 oddílů. Pro sestavení této části byly využity otázky ze standardizovaného a mezinárodně užívaného dotazníku CONTILIFE.

V dotazníku byly použity uzavřené položky a otázky nabízející respondentovi předem formulované odpovědi, z nichž vybere jednu nebo více vhodných variant podle svého názoru.

Výběr respondentů

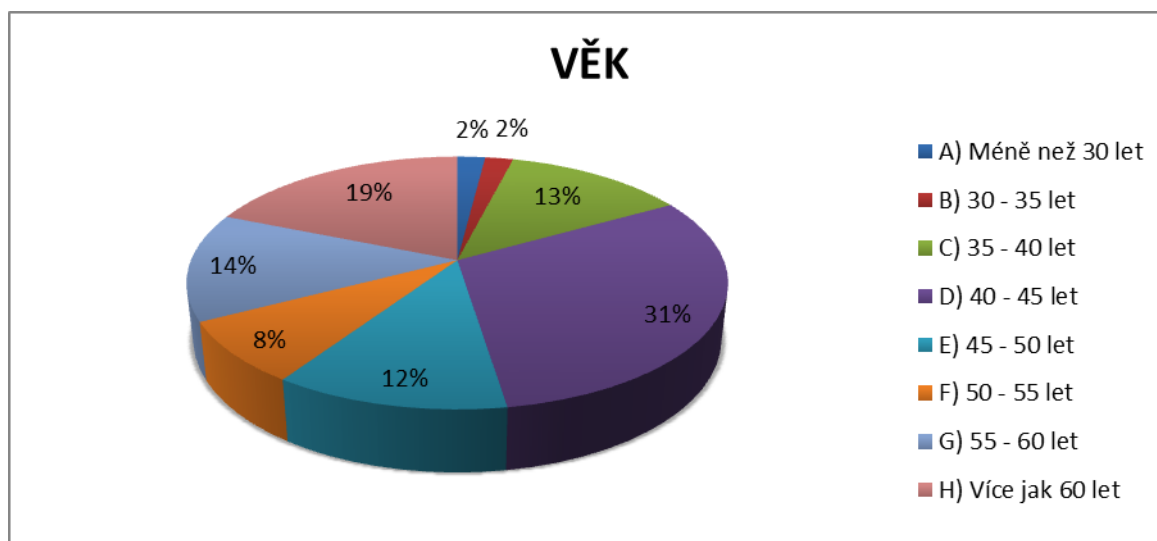
K výzkumu byly osloveny pacientky docházející do urogynekologické poradny v Krajské nemocnici Liberec a.s. a v Nemocnici s poliklinikou v České Lípě a.s. Podmínkou pro zapojení do výzkumu byla dostatečná délka léčby. U konzervativní metody byly do výzkumu zapojeny pacientky léčící se minimálně 4 měsíce a u operativní metody byly zapojeny pacientky minimálně 8 týdnů po chirurgickém zákroku.

Celkem bylo rozdáno 75 dotazníků a pro zpracování výzkumu bylo využito 52. V Krajské nemocnici Liberec a.s. se ze 40 rozdaných dotazníků vrátilo plně vyplněných 25, což je 62,50 %. V Nemocnici s poliklinikou v České Lípě a.s. se z 35 rozdaných dotazníků vrátilo plně vyplněných 27, což je 77,14 %.

K získání dat bylo využito dotazníku a pro jejich vyhodnocení a zpracování bylo využito programu MS Excel a MS Word. Pro každou položku byla sestavena tabulka a u vybraných položek vyhotoven pro znázornění graf.

VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA

Otázka č. 1: V kolika letech se objevily první potíže týkající se stresové inkontinence?



Graf 1 Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 1

Tabulka 3: Četnost odpovědí k otázce č. 1

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	ZAOKROUHLNĚNÍ RELATIVNÍ ČETNOSTI (%)
A	1	1,92 %	2 %
B	1	1,92 %	2 %
C	7	13,46 %	13 %
D	16	30,77 %	31 %
E	6	11,54 %	12 %
F	4	7,69 %	8 %
G	7	13,46 %	14 %
H	10	19,23 %	19 %
CELKEM	52	100 %	100 %

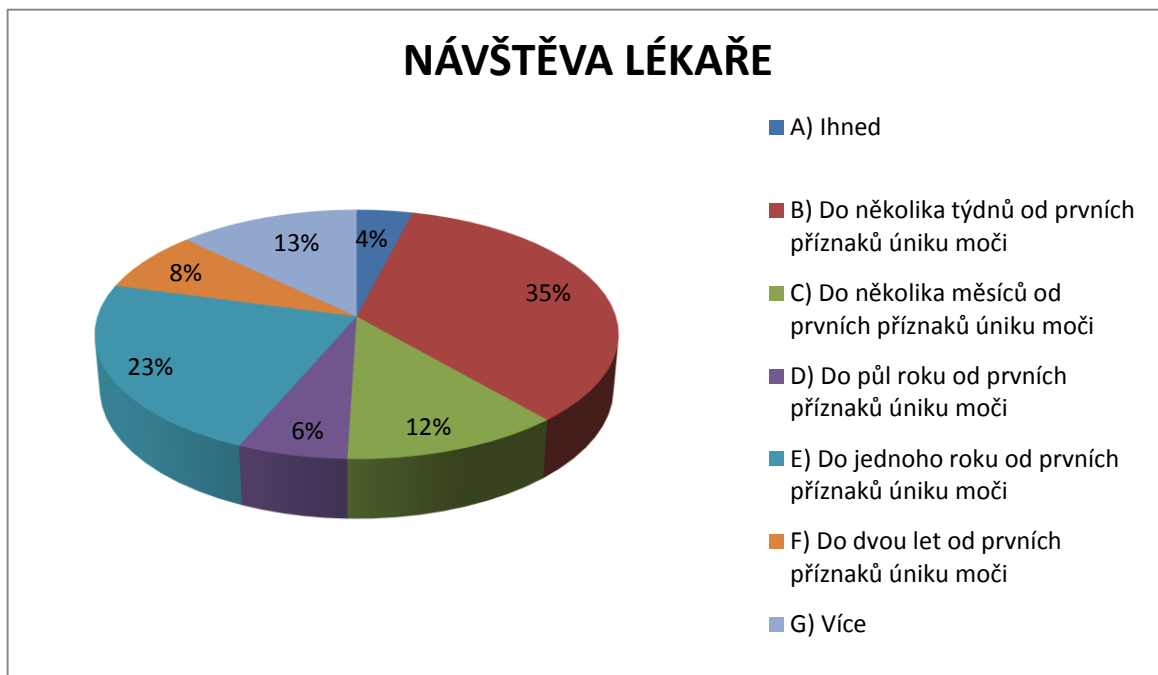
Komentář:

Na otázku: „V kolika letech se objevily první příznaky stresové inkontinence? “. Bylo celkem zaznamenáno 52 odpovědí v 52 dotaznících a byla tedy zaznamenána 100 % odpověď na tuto otázku. Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla varianta D) věk 40 – 44 let, kterou v dotazníku označilo 30,77 % žen, druhou nejčastější odpovědí byla varianta H) věk více jak 60 let, kterou označilo 19,23 % žen, třetí nejčastější odpovědí byla varianta C) věk 35 – 39 let a varianta G) věk 55 – 60 let, kterou označilo 13,46 % žen. Často označovanou odpovědí

byla také varianta E) věk 45 – 49 let, kterou označilo 11,54 %. Ostatní varianty byly označovány v menším počtu. Variantu A) věk méně než 30 let a B) věk 30 – 34 let, označilo 1,92 % a variantu F) věk 50 – 54 let označilo 7,69 % respondentek.

Pomocí váženého aritmetického průměru byl zjištěn průměrný věk žen, které byly do výzkumu zapojeny: $\Sigma = 48,5 \text{ let}$

Otázka č. 2: Kdy jste poprvé navštívila lékaře v důsledku problému s únikem moči?



Graf 2: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 2

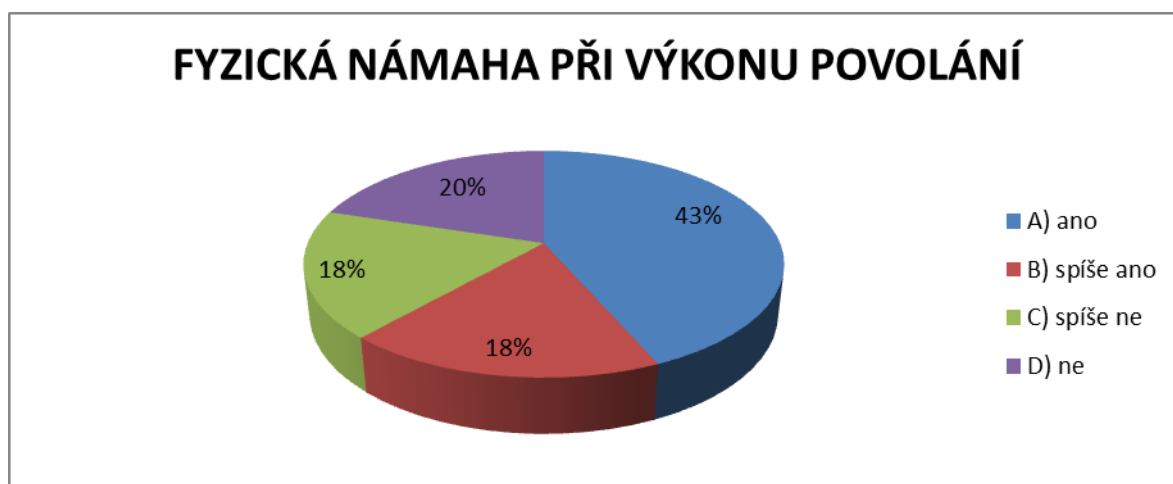
Tabulka 4: Četnost odpovědí k otázce č. 2

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	ZAOKROUHLNĚNÍ RELATIVNÍ ČETNOSTI (%)
A	2	3,85 %	4 %
B	18	34,62 %	35 %
C	6	11,54 %	11 %
D	3	5,77 %	6 %
E	12	23,08 %	23 %
F	4	7,69 %	8 %
G	7	13,46 %	13 %
CELKEM	49	100 %	100 %

Komentář:

Na otázku: „Kdy jste poprvé navštívila lékaře v důsledku problému s únikem moči?“ bylo zaznamenáno celkem 52 odpovědí v 52 dotaznících. Byla tedy zaznamenána 100 % odpověď na tuto otázku. Nejčastější odpovědí respondentek byla varianta B) do několika týdnů od prvních příznaků úniku moči, označilo 34,62 % žen. Druhou nejčastější odpovědí byla varianta E) do jednoho roku od prvních příznaků úniku moči, kterou označilo 23,08 % respondentek. Třetí nejčastější odpovědí byla varianta G) Více jak dva roky, kterou označilo 13,46 % žen. Varianta C) do několika měsíců od prvních příznaků úniku moči, byla označena 11,54 % žen. Ostatní varianty byly označeny již menším počtem žen a jejich procentuální zastoupení je: varianta A) ihned 3,85 %, D) 5,77 % a F) 7,69 % žen.

Otázka č. 3: Vykonáváte při svém povolání větší fyzickou námahu?



Graf 3: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 3

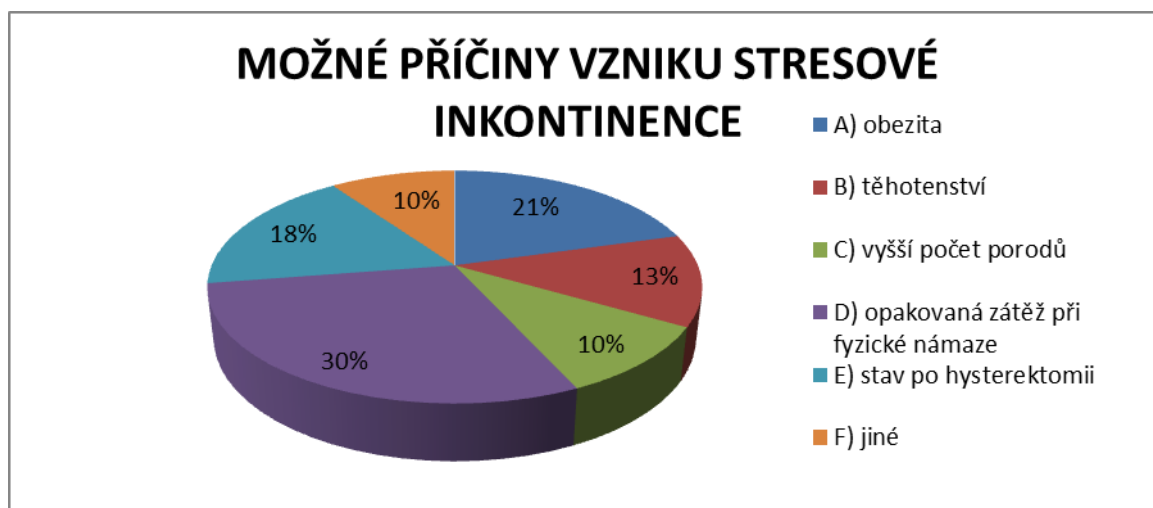
Tabulka 5: Četnost odpovědí k otázce č. 3

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	ZAOKROUHLLENÍ RELATIVNÍ ČETNOSTI (%)
A	21	42,86 %	43 %
B	9	18,37 %	18 %
C	9	18,37 %	19 %
D	10	20,41 %	20 %
CELKEM	49	100 %	100 %

Komentář:

Na otázku: „Vykonáváte při svém povolání větší fyzickou námahu?“ bylo zaznamenáno 49 odpovědí v 52 dotaznících. Byla tedy zaznamenána 94, 23 % odpověď na tuto otázku. Nejčastější odpovědí byla varianta A) ano, kterou označilo 42,86 % žen, druhou nejčastější variantou bylo D) ne, kterou označilo 20,41 % žen. Variantu B) spíše ano a variantu C) spíše ne označilo stejné množství žen a obě varianty byly označeny 18,37 % respondentek.

Otázka č. 4: Myslíte si, že některý z níže uvedených faktorů mohl mít vliv ve Vašem případě na vznik stresové inkontinence ? (možno více odpovědí)



Graf 4: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 4

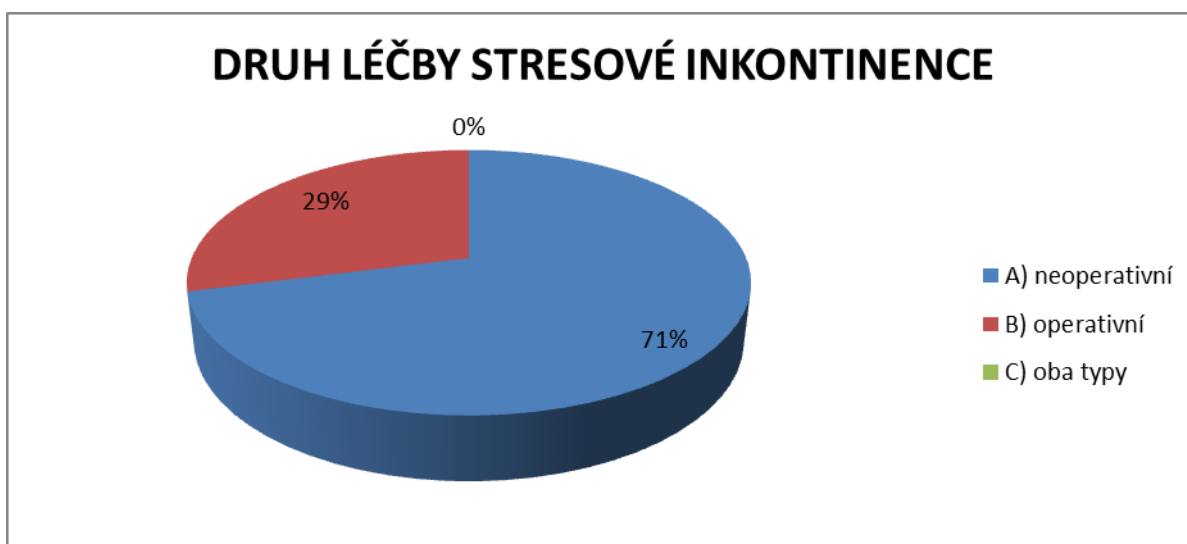
Tabulka 6: Četnost odpovědí k otázce č. 4

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	ZAOKROUHLNĚNÍ RELATIVNÍ ČETNOSTI (%)
A	14	20,90 %	21 %
B	9	13,43 %	13 %
C	7	10,45 %	10 %
D	20	29,85 %	30 %
E	12	17,91 %	18 %
F	5	7,46 %	8 %
CELKEM	67	100 %	100 %

Komentář:

Na otázku: „Myslíte si, že některý z níže uvedených faktorů mohl mít vliv ve Vašem případě na vznik stresové inkontinence?“ bylo zaznamenáno 67 odpovědí v 52 dotaznících, kdy ženy mohly označit i několik odpovědí. Bylo tedy zaznamenáno 100 % odpověď na tuto otázku. Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla varianta D) fyzická zátěž, kterou označilo 29,85 % žen. Druhou nejčastější odpovědí byla varianta A) obezita, kterou označilo 20,90 % respondentek a třetí nejčastější odpovědí byla varianta E) hysterektomie, označená 17,91 % žen. Varianta B) těhotenství, byla označena 13,43 %, varianta C) porody, byla označena 10,45 % a varianta F) jiné, označilo 7,46 % žen.

Otázka č. 5: Jaký druh léčby stresové inkontinence jste prodělala?



Graf 5: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 5

Tabulka 7: Četnost odpovědí k otázce č. 5

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	ZAOKROUHLENÍ RELATIVNÍ ČETNOSTI (%)
A	37	71,15 %	71 %
B	15	28,85 %	29 %
C	0	0 %	0 %
CELKEM	52	100 %	100 %

Komentář:

Na otázku: „Jaký druh léčby stresové inkontinence jste prodělala?“ bylo zaznamenáno 52 odpovědí v 52 dotaznících, kdy bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. Označení varianty A) neoperativní, zvolilo 71,15 % respondentek, variantu B) operativní, zvolilo 28,85 % žen a varianta C) oba typy zvolilo 0 % žen a nebyla tedy nikým označena.

DENNÍ AKTIVITY

Otázka č. 6: Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste byla mimo domov?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 8: Četnost odpovědí k otázce č. 6

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	0	0 %
B) málo	2	5,41 %	17	45,94 %
C) středně	22	59,46 %	15	40,54 %
D) hodně	12	32,43 %	5	13,51 %
E) velmi hodně	1	2,70 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 9: Četnost odpovědí k otázce č. 6

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	8	53,34 %
B) málo	0	0 %	7	46,64 %
C) středně	0	0 %	0	0 %
D) hodně	4	26,67 %	0	0 %
E) velmi hodně	11	73,34 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

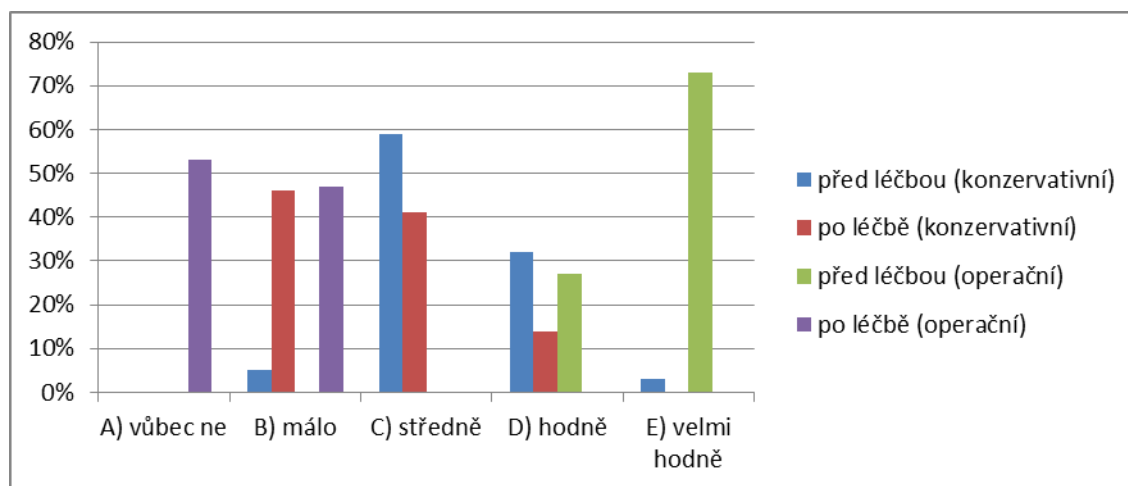
Komentář:

Na otázku: „Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste byla mimo domov?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) středně, kterou označilo 59,46 % žen, variantu D) hodně, označilo 32,43 % respondentek. Variantu B) málo, označilo 5,41 % žen a variantu E) velmi hodně, označilo 2,70 % žen. Varianta A) vůbec ne, nebyla využita. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) velmi hodně, kterou zvolilo 73,34 % žen, variantu D) hodně označilo 26,67 % respondentek.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědi varianta B) málo, kterou označilo 45,94 % žen, variantu C) středně, označilo 40,54 % respondentek. Variantu D) hodně, označilo 13, 51 % žen a varianta A) vůbec ne a E) velmi hodně nebyla ženami využita a získala 0 %. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědi varianta A) vůbec ne, kterou označilo 53,34 % žen, variantu B) označilo 46,64 % žen a ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 6 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 6: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 6 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 7: Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste jela autem?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 10: Četnost odpovědí k otázce č. 7

TYP VARIANTY	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	5	13,51 %	17	45,95 %
B) málo	14	37,84 %	10	27,03 %
C) středně	17	45,95 %	10	27,03 %
D) hodně	1	2,70 %	0	0 %
E) velmi hodně	0	0 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 11: Četnost odpovědí k otázce č. 7

TYP VARIANTY	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	4	26,67 %
B) málo	0	0 %	10	66,67 %
C) středně	5	33,33 %	1	6,67 %
D) hodně	7	46,67 %	0	0 %
E) velmi hodně	3	20,00 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

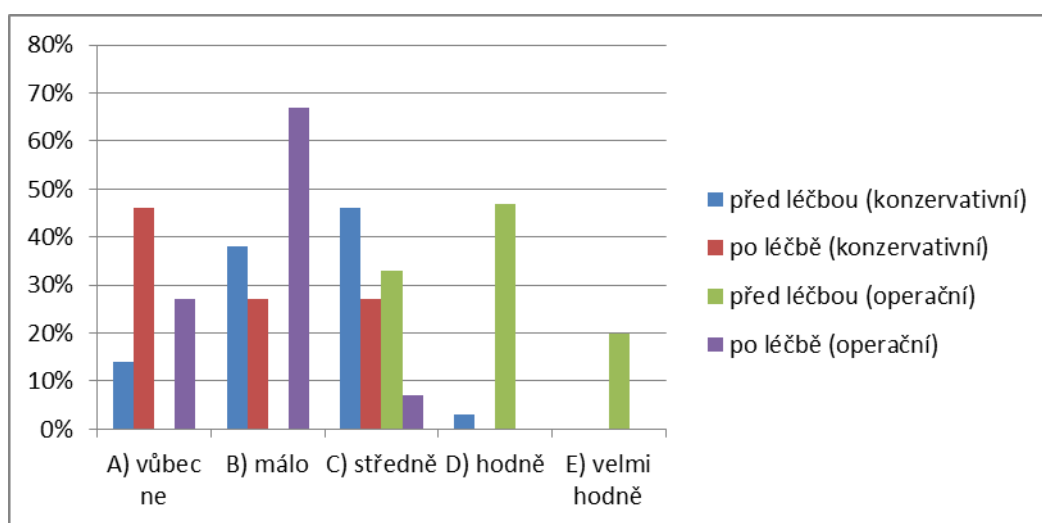
Komentář:

Na otázku: „Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste jela autem?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) středně, kterou označilo 45,95 % žen, variantu B) málo, označilo 37,84 % respondentek. Variantu A) vůbec ne, označilo 13,51 % žen a variantu D) hodně, označilo 2,70 % žen. Varianta E) velmi hodně, nebyla využita. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) hodně, kterou zvolilo 46,67 % žen, variantu C) středně, označilo 33,33 % respondentek a variantu E) velmi hodně, označilo 20,00 % žen. Ostatní varianty nebyly využity.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) vůbec ne, kterou označilo 45,95 % žen, variantu B) málo a variantu C) středně, označilo shodně 27,03 % respondentek. Ostatní varianty nebyly využity. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) málo, kterou označilo 66,67 % žen, variantu A) označilo 26,67 % žen a variantu C) středně, označilo 6,67 % respondentek. Ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 7 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 7: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 6 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 8: Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste šla po schodech?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 12: Četnost odpovědí k otázce č. 8

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	3	8,11 %	9	24,32 %
B) málo	7	18,92 %	10	27,03 %
C) středně	20	54,05 %	15	40,54 %
D) hodně	5	13,51 %	3	8,11 %
E) velmi hodně	2	5,41 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 13: Četnost odpovědí k otázce č. 8

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	4	26,67 %
B) málo	0	0 %	9	60,00 %
C) středně	3	20,00 %	2	13,33 %
D) hodně	8	53,33 %	0	0 %
E) velmi hodně	4	26,67 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

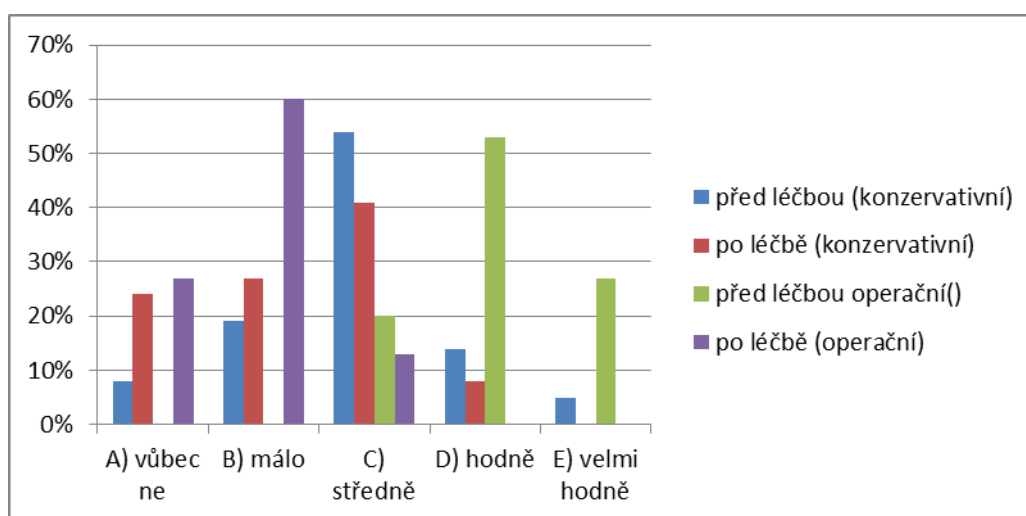
Komentář:

Na otázku: „Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste šla po schodech?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) středně, kterou označilo 54,05 % žen, variantu B) málo, označilo 18,92 % respondentek. Variantu D) hodně, označilo 13,51 % žen, variantu A) vůbec ne, označilo 8,11 % žen a variantu E) velmi hodně označilo pouze 5,41 %. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) hodně, kterou zvolilo 53,33 % žen, variantu E) velmi hodně označilo 26,67 % respondentek a variantu C) středně, označilo 20,00 % žen. Ostatní odpovědi nebyly ženami využity.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta C) středně, kterou označilo 40,54 % žen, variantu A) málo, označilo 40,54 % respondentek. Variantu B) málo, označilo 27,03 % žen a varianta D) hodně, označilo 8,11 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) málo, kterou označilo 60,00 % žen, variantu A) vůbec ne, označilo 26,67 % žen a variantu C) středně, označilo 13,33 % respondentek. Ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 8 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 8: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 8 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 9: jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste nakupovala nebo čekala ve frontě?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 14: Četnost odpovědí k otázce č. 9

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	1	2,70 %	4	10,81 %
B) málo	7	18,92 %	10	27,03 %
C) středně	24	64,87 %	22	59,46 %
D) hodně	5	13,51 %	1	2,70 %
E) velmi hodně	0	0 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 15: Četnost odpovědí k otázce č. 9

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	5	33,33 %
B) málo	1	6,67 %	7	46,67 %
C) středně	2	13,33 %	3	20,00 %
D) hodně	7	46,67 %	0	0 %
E) velmi hodně	5	33,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

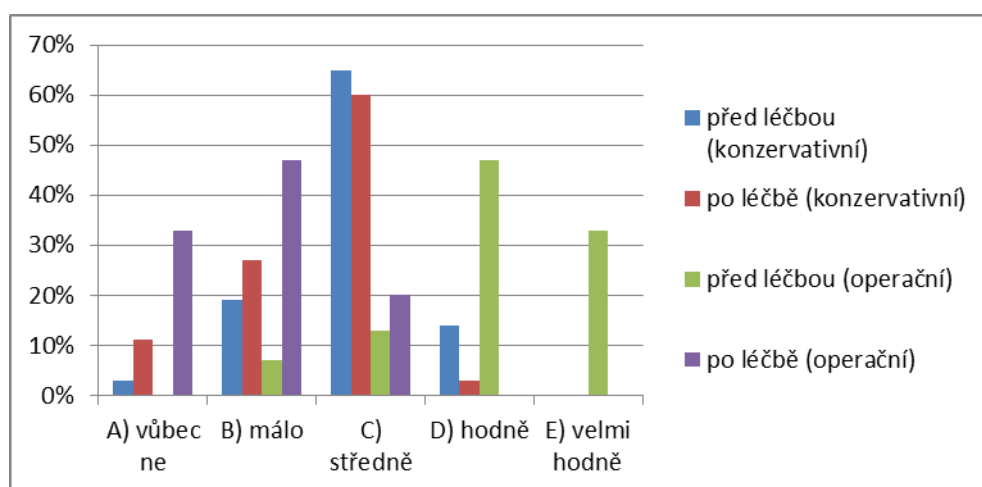
Komentář:

Na otázku: „Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste nakupovala nebo čekala ve frontě?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) středně, kterou označilo 64,87 % žen, variantu B) málo, označilo 18,92 % respondentek. Variantu D) hodně, označilo 13,51 % žen a variantu A) vůbec ne, označilo 2,70 % žen. Varianta E) velmi hodně, nebyla využita. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) hodně, kterou zvolilo 46,67 % žen, variantu E) velmi hodně, označilo 33,33 % respondentek, variantu C) středně 13,33 % žen a variantu B) málo 6,67 %.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta C) středně, kterou označilo 59,46 % žen, variantu B) málo, označilo 27,03 % respondentek. Variantu A) vůbec ne, označilo 10,81 % žen a varianta D) hodně 2,70 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) málo, kterou označilo 46,67 % žen, variantu A) vůbec ne, označilo 33,33 % žen a variantu C) středně, označilo 20,00 %. Ostatní varianty nebyly využity.

Podle grafu č. 9 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 9: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 9 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 10: Musíte si kvůli problémům s močením dělat přestávky při běžných denních aktivitách?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 16: Četnost odpovědí k otázce č. 10

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	1	2,70 %	7	18,92 %
B) málo	9	24,32 %	11	29,73 %
C) středně	27	72,97 %	19	51,35 %
D) hodně	0	0 %	0	0 %
E) velmi hodně	0	0 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

Tabulka 17: Četnost odpovědí k otázce č. 10

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	8	53,34 %
B) málo	0	0 %	5	33,34 %
C) středně	1	6,67 %	2	13,34 %
D) hodně	3	20,00 %	0	0 %
E) velmi hodně	11	73,34 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

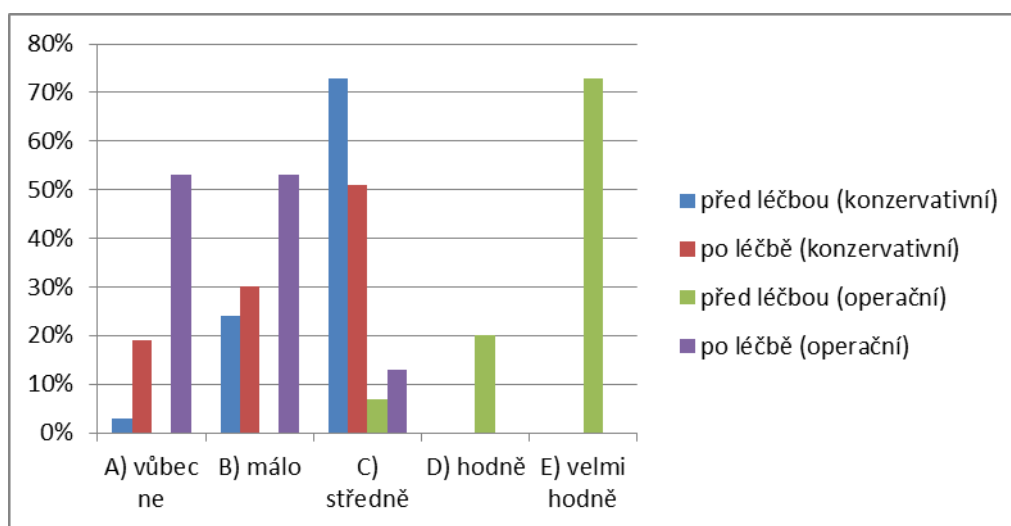
Na otázku: „Musíte si kvůli problémům s močením dělat přestávky při běžných denních aktivitách?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby, bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) středně, kterou označilo 72,97 % žen, variantu B) málo, označilo 24,32 % respondentek a variantu A) vůbec ne, označilo 2,70 % žen. Ostatní varianty získaly

0 % odpovědí. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) velmi hodně, kterou zvolilo 73,34 % žen, variantu D) hodně označilo 20,00 % respondentek a variantu C) středně, označilo 6,67 % respondentek. Ostatní varianty nebyly využity.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) středně, kterou označilo 51,35 % žen, variantu B) málo, označilo 29,73 % respondentek a variantu A) vůbec ne, označilo 18,92 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami využity. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) vůbec ne, kterou označilo 53,34 % žen, variantu B) označilo 33,33 % žen a variantu C) středně označilo 13,34 % respondentek, ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 10 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 10: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 10 (porovnání konzervativní a operační léčby)

FYZICKÁ AKTIVITA

Otázka č. 11: Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste se zvedala nebo nesla těžké břemeno?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 18: Četnost odpovědí k otázce č. 11

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	10	27,03 %
B) málo	0	0 %	19	51,35 %
C) středně	16	43,24 %	7	18,92 %
D) hodně	18	48,65 %	1	2,70 %
E) velmi hodně	3	8,11 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 19: Četnost odpovědí k otázce č. 11

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	11	73,33 %
B) málo	0	0 %	4	26,67 %
C) středně	0	0 %	0	0 %
D) hodně	2	13,33 %	0	0 %
E) velmi hodně	13	86,67 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

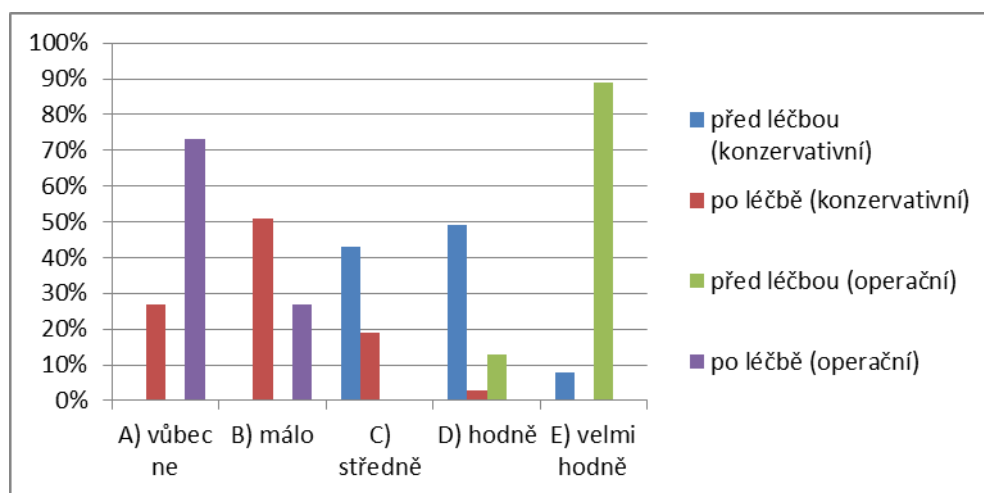
Komentář:

Na otázku: „Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud zvedala nebo nesla těžké břemeno?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta D) hodně, kterou označilo 48,65 % žen, variantu C) středně, označilo 43,24 % respondentek a variantu E) velmi hodně, označilo 8,11 % žen. Ostatní varianty nebyly využity a získaly 0 %. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) velmi hodně, kterou zvolilo 86,67 % žen a variantu D) hodně označilo 13,33 % respondentek. Jiná varianta nebyla ženami využita.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) málo, kterou označilo 51,35 % žen, variantu A) vůbec ne, označilo 27,03 % respondentek. Variantu C) středně, označilo 18,92 % žen a varianta D) hodně označilo 2,70 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) vůbec ne, kterou označilo 73,33 % žen, variantu B) označilo 26,67 % žen a ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 11 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 11: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 11 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 12: Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste sportovala?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 20: Četnost odpovědí k otázce č. 12

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	3	8,11 %
B) málo	1	2,70 %	18	48,65 %
C) středně	17	45,95 %	14	37,84 %
D) hodně	16	43,24 %	2	5,41 %
E) velmi hodně	3	8,11 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 21: Četnost odpovědí k otázce č. 12

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	13	86,67 %
B) málo	0	0 %	2	13,33 %
C) středně	1	6,67 %	0	0 %
D) hodně	3	20,00 %	0	0 %
E) velmi hodně	11	73,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

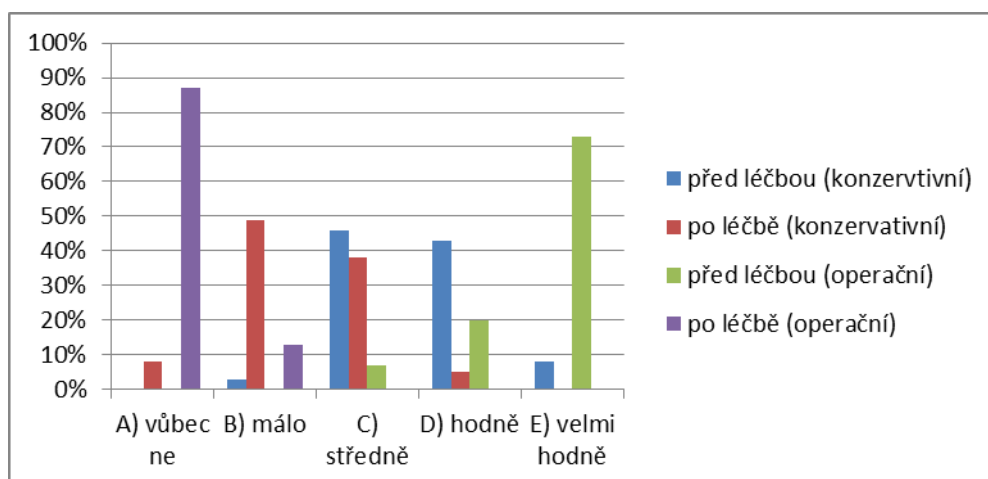
Na otázku: „Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste sportovala?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) středně, kterou označilo 45,95 % žen, variantu D) hodně, označilo

43,24 % respondentek. Variantu E) velmi hodně, označilo 8,11 % žen a variantu B) málo, označilo 2,70 % žen. Varianta A) vůbec ne, nebyla využita. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) velmi hodně, kterou zvolilo 73,33 % žen, variantu D) hodně označilo 20,00 % respondentek a variantu C) středně, kterou označilo 6,67 % žen. Varianta A) a B) nebyla využita.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) málo, kterou označilo 48,65 % žen, variantu C) středně, označilo 37,84 % respondentek. Variantu A) vůbec ne, označilo 8,11 % žen a variantu D) hodně, označilo 5,41 %. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) vůbec ne, kterou označilo 86,67 % žen, variantu B) označilo 13,33 % žen a ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 12 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 12: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 12 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 13: Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste smrkala, kašlala, kýchala nebo se smála?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 22: Četnost odpovědí k otázce č. 13

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	3	8,11 %
B) málo	0	0 %	14	37,84%
C) středně	10	27,03 %	15	40,54%
D) hodně	20	54,05 %	4	10,81 %
E) velmi hodně	7	18,92 %	1	2,70 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 23: Četnost odpovědí k otázce č. 13

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) vůbec ne	0	0 %	10	66,67 %
B) málo	0	0 %	5	33,33 %
C) středně	0	0 %	0	0 %
D) hodně	3	20,00 %	0	0 %
E) velmi hodně	12	80,00 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

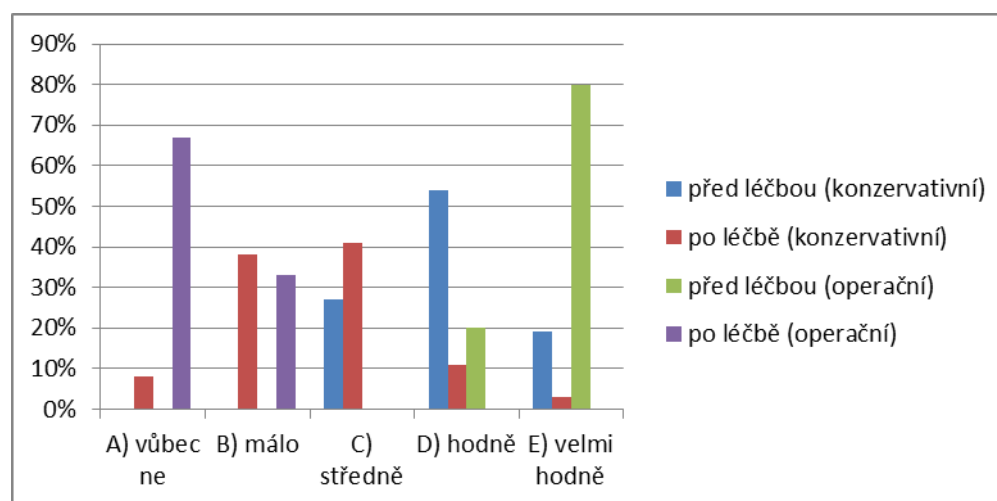
Na otázku: „Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste smrkala, kašlala, kýchala nebo se smála?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta D) středně, kterou označilo 54,05 % žen, variantu C) středně, označilo

27,03 % respondentek. Variantu E) velmi hodně, označilo 18,92 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) velmi hodně, kterou zvolilo 80,00 % žen, variantu D) hodně označilo 20,00 % respondentek.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta C) středně, kterou označilo 40,54 % žen, variantu B) málo, označilo 37,84 % respondentek. Variantu D) hodně, označilo 10,81 % žen. Variantu A) vůbec ne, označilo 8,11 % žen a nejméně žen, přesně 2,70 % označilo variantu E) velmi hodně. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) vůbec ne, kterou označilo 66,67 % žen, variantu B) označilo 33,33 % žen a ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 13 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 13: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 13 (porovnání konzervativní a operační léčby)

VLASTNÍ OSOBNOST:

Otázka č. 14: Jak často, jste se kvůli problémům s močením necítila dobře?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 24: Četnost odpovědí k otázce č. 14

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	1	2,70 %
B) zřídka	5	13,51 %	17	45,95 %
C) někdy	17	45,95 %	16	43,24 %
D) často	10	27,03 %	3	8,11 %
E) vždy	5	13,51 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

Tabulka 25: Četnost odpovědí k otázce č. 14

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	2	13,33 %
B) zřídka	0	0 %	10	66,67 %
C) někdy	1	6,67 %	3	20,00 %
D) často	11	73,33 %	0	0 %
E) vždy	3	20,00 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

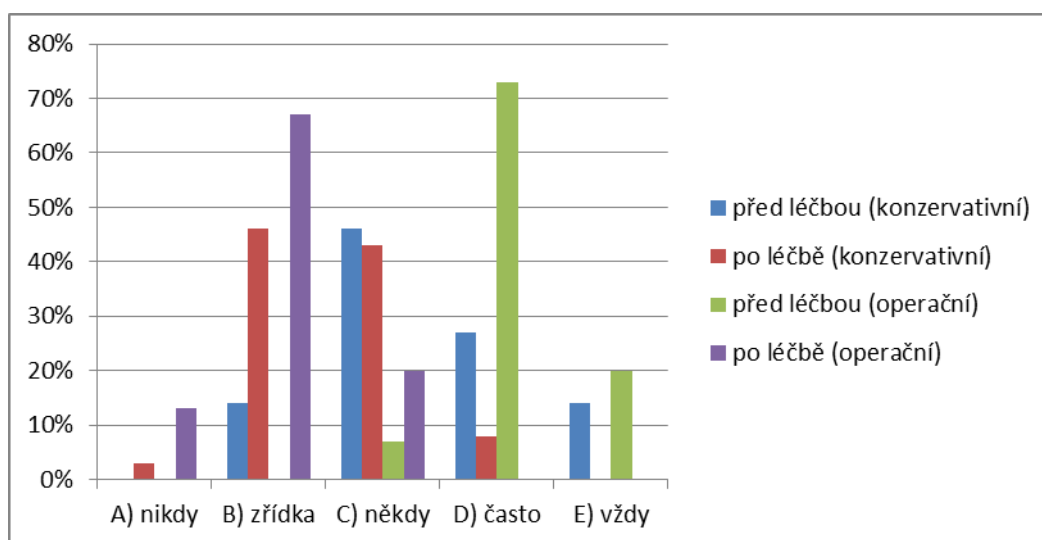
Na otázku: „Jak často jste se kvůli problémům s močením necítila dobře?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) někdy, kterou označilo 45,95 % žen, variantu D) často, označilo 27,03 % respondentek. Variantu B) zřídka a variantu E) vždy, shodně označilo 13,51 %. Varianta A) nikdy, nebyla využita. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před

zahájením operační léčby, byla varianta D) často, kterou zvolilo 73,33 % žen, variantu E) vždy, označilo 20,00 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 6,67 % žen.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 45,94 % žen, variantu C) někdy, označilo 43,24 % respondentek. Variantu D) často, označilo 8,11 % žen a varianta A) nikdy, byla označena 2,70 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 66,67 % žen, variantu C) někdy, označilo 20,00 % žen a variantu A) nikdy, označilo 13,33 %

Podle grafu č. 14 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 14: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 14 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 15: Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli zápachu moči?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 26: Četnost odpovědí k otázce č. 15

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	14	37,84 %
B) zřídka	12	32,43 %	19	51,35 %
C) někdy	21	56,76 %	4	10,81 %
D) často	4	10,81 %	0	0 %
E) vždy	0	0 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 27: Četnost odpovědí k otázce č. 15

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	4	26,67 %
B) zřídka	2	13,33 %	9	60,00 %
C) někdy	2	13,33 %	1	6,67 %
D) často	6	40,00 %	0	0 %
E) vždy	5	33,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

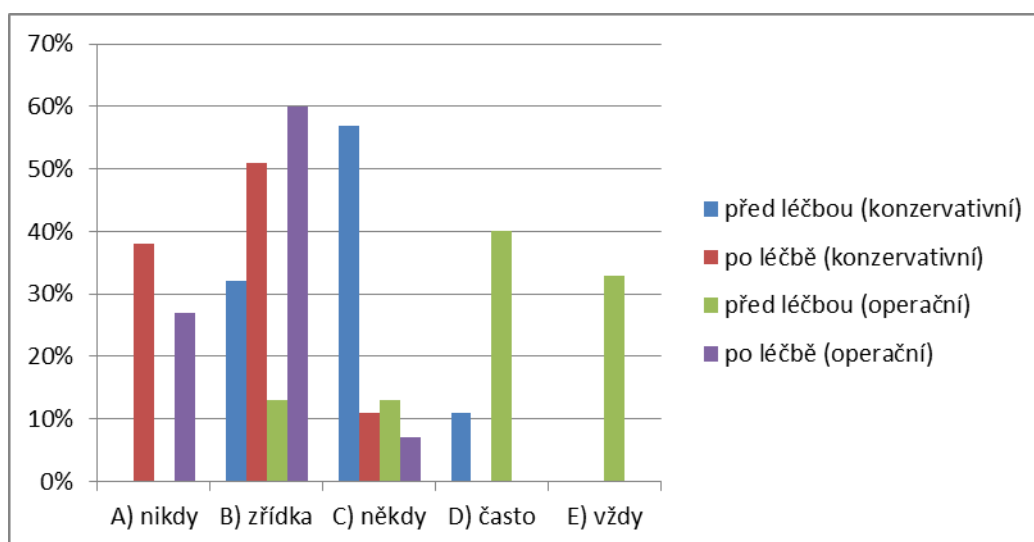
Na otázku: „Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli zápachu moči?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) někdy, kterou označilo 56,76 % žen, variantu B) zřídka, označilo 32,43 % respondentek. Variantu D) často, označilo 10,81 % žen a variantu E) a A) nebyly ženami označeny. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením operační

lěčby, byla varianta D) často, kterou zvolilo 40,00 % žen, variantu E) vždy, označilo 33,33 % respondentek, variantu B) zřídka a C) někdy, označilo 13,33 % žen.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 51,35 % žen, variantu A) nikdy, označilo 37,84 % respondentek, variantu C) někdy, označilo 10,81 % žen. Ostatní varianty získaly 0 %. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 60,00 % žen, variantu A) nikdy, označilo 37,84 % žen a variantu C) někdy, označilo 10,81 % žen. Ostatní varianty získaly 0 %.

Podle grafu č. 15 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 15: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 15 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 16: Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli ostatním lidem, kteří o Vašem problému svědčili?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 28: Četnost odpovědí k otázce č. 16

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	2	5,41 %	4	10,81 %
B) zřídka	5	13,51 %	6	16,22 %
C) někdy	15	40,54 %	17	45,95 %
D) často	12	32,43 %	10	27,02 %
E) vždy	3	8,11 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 29: Četnost odpovědí k otázce č. 16

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	4	26,67 %
B) zřídka	0	0 %	10	66,67 %
C) někdy	2	13,33 %	1	6,67 %
D) často	10	66,67 %	0	0 %
E) vždy	3	20,00 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

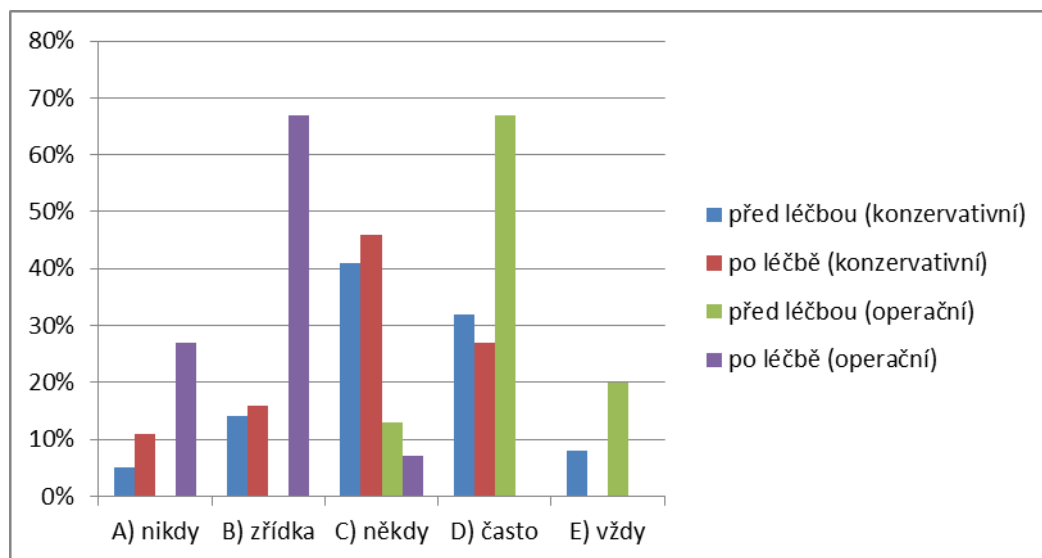
Na otázku: „Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli ostatním lidem, kteří o Vašem problému věděli?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) někdy, kterou označilo 40,54 % žen, variantu D) často, označilo 32,43 % respondentek. Variantu B) zřídka, označilo 13,51 % žen, variantu E) vždy, označilo

8,11 % žen a variantu A) nikdy, označilo 5,41 %. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) často, kterou zvolilo 66,67 % žen, variantu E) vždy, označilo 20,00 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 13,33 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta C) někdy, kterou označilo 45,95 % žen, variantu D) často, označilo 27,02 % respondentek. Variantu B) zřídka, označilo 16,22 % žen a variantu A) nikdy, označilo 10,81 % a E) vždy, nebyla ženami vyžita a získala 0 %. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 66,67 % žen, variantu A) nikdy, označilo 26,67 % žen a variantu C) někdy, označilo 6,67 % žen, ostatní varianty nebyly ženami využity a získaly 0 %.

Podle grafu č. 16 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 16: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 16 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 17: Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli skvrnám zanechaným na židli?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 30: Četnost odpovědí k otázce č. 17

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	15	40,54 %	22	59,46 %
B) zřídka	13	35,14 %	13	35,14 %
C) někdy	8	21,62 %	2	5,41 %
D) často	0	0 %	0	0 %
E) vždy	1	2,70 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 31: Četnost odpovědí k otázce č. 17

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	5	33,33 %	8	53,33 %
B) zřídka	2	13,33 %	7	46,67 %
C) někdy	5	33,33 %	0	0 %
D) často	2	13,33 %	0	0 %
E) vždy	1	6,67 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

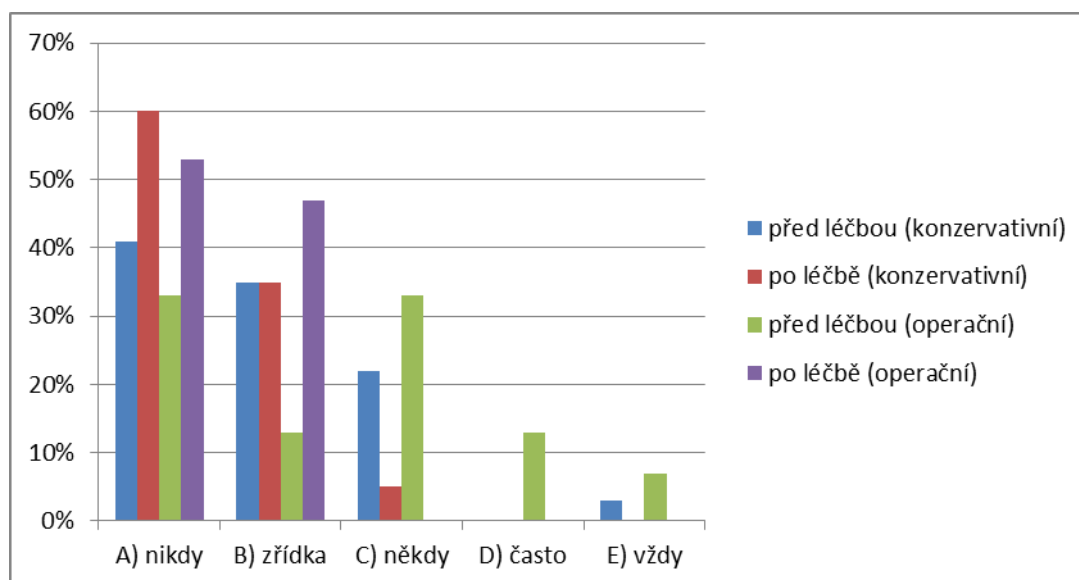
Na otázku: „Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli ostatním lidem, kteří o Vašem problému věděli?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta A) nikdy, kterou označilo 40,54 % žen, variantu B) zřídka, označilo 35,14 % respondentek. Variantu C) někdy, označilo 21,62 % žen, variantu E) vždy, označilo 2,70 % žen a varianta D) často, nebyla označena. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj

stav před zahájením operační léčby, byla varianta A) nikdy a za C) někdy, kterou shodně zvolilo 33,33 % žen, variantu B) zřídka a D) často, shodně označilo 13,33 % žen a variantu E) vždy, označilo 6,67 % respondentek.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 59,46 % žen, variantu B) zřídka, označilo 35,14 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 5,41 % žen, ostatní varianty nebyly využity. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 66,67 % žen, variantu A) nikdy, označilo 53,33 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami využity.

Podle grafu č. 17 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 17: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 17 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 18: Jak často jste se kvůli problémům s močením, musela převléknout?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 32. Četnost odpovědí k otázce č. 18

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	8	21,62 %	29	78,38 %
B) zřídka	9	24,32 %	4	10,81 %
C) někdy	20	54,05 %	4	10,81 %
D) často	0	0 %	0	0 %
E) vždy	0	0 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 33: Četnost odpovědí k otázce č. 18

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	14	93,33 %
B) zřídka	0	0 %	1	6,67 %
C) někdy	2	13,33 %	0	0 %
D) často	10	66,67 %	0	0 %
E) vždy	3	20,00 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

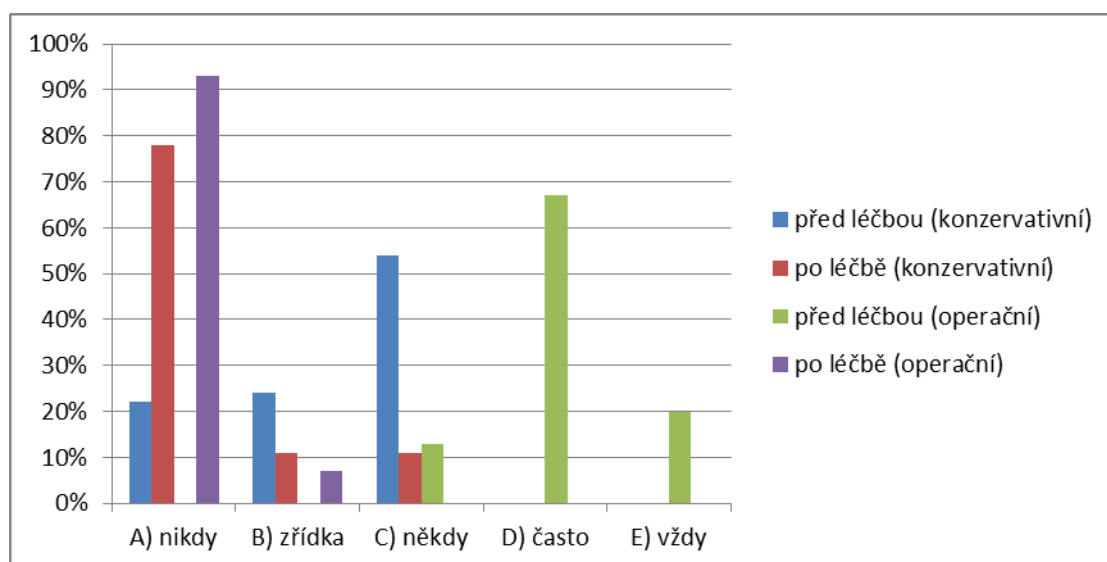
Na otázku: „Jak často jste se kvůli problémům s močením, musela převléknout?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) někdy, kterou označilo 54,05 % žen, variantu B) zřídka, označilo 24,32 % respondentek. Variantu A) nikdy, označilo 21,62 % žen, ostatní varianty nebyly

ženami označeny. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) často, kterou zvolilo 66,67 % žen, variantu E) vždy, označilo 20,00 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 13,33 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 78,38 % žen, varianta B) zřídka a C) někdy, kterou označilo shodně 10,81% respondentek. Ostatní varianty nebyly ženami označeny. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 93,33 % žen, variantu B) zřídka, označilo 6,67% žen, ostatní varianty nebyly ženami označeny a získaly 0 %.

Podle grafu č. 18 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 18: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 18 (porovnání konzervativní a operační léčby)

CITOVÉ DŮSLEDKY:

Otázka č. 19: Jak často jste se trápila kvůli nutnosti nosit vložky?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 34: Četnost odpovědí k otázce č. 19

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	7	18,92 %	9	24,32 %
B) zřídka	2	5,41 %	10	27,03 %
C) někdy	15	40,54 %	15	40,54 %
D) často	8	21,62 %	3	8,11 %
E) vždy	5	13,51 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 35: Četnost odpovědí k otázce č. 19

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	9	60,00 %
B) zřídka	0	0 %	6	40,00 %
C) někdy	2	13,33 %	0	0 %
D) často	5	33,33 %	0	0 %
E) vždy	8	53,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

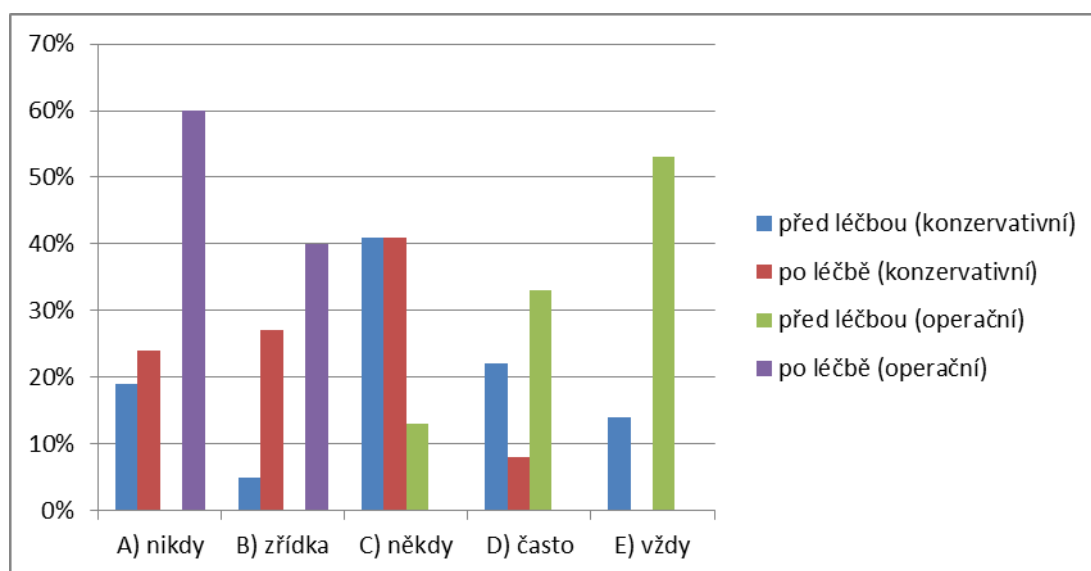
Na otázku: „Jak často jste se trápila kvůli nutnosti nosit vložky?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) někdy, kterou označilo 40,54 % žen, variantu D) často, označilo 21,62 % respondentek. Variantu A) nikdy, označilo 18,92 % žen, variantu E) vždy, označilo

13,51 % a variantu B) zřídka, kterou označilo pouhých 5,41 % respondentek. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) vždy, kterou zvolilo 53,33 % žen, variantu D) často, označilo 33,33 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 13,33 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta C) někdy, kterou označilo 40,54 % žen, variantu B) zřídka, označilo 27,03 % žen, variantu A) nikdy, označilo 24,32 % respondentek a variantu D) často označilo pouhých 8,11 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 60,00 % žen a variantu B) zřídka, označilo 40,00% žen, ostatní varianty nebyly ženami označeny a získaly 0 %.

Podle grafu č. 19 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 19: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 19 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 20: Jak často jste se cítila špatně kvůli možné „nehodě“ s únikem moči?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 36: Četnost odpovědí k otázce č. 20

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	1	2,70 %	15	40,54 %
B) zřídka	2	5,41 %	19	51,35 %
C) někdy	4	10,81 %	3	8,11 %
D) často	11	29,73 %	0	0 %
E) vždy	19	51,35 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 37: Četnost odpovědí k otázce č. 20

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	13	86,67 %
B) zřídka	0	0 %	2	13,33 %
C) někdy	0	0 %	0	0 %
D) často	1	6,67 %	0	0 %
E) vždy	14	93,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

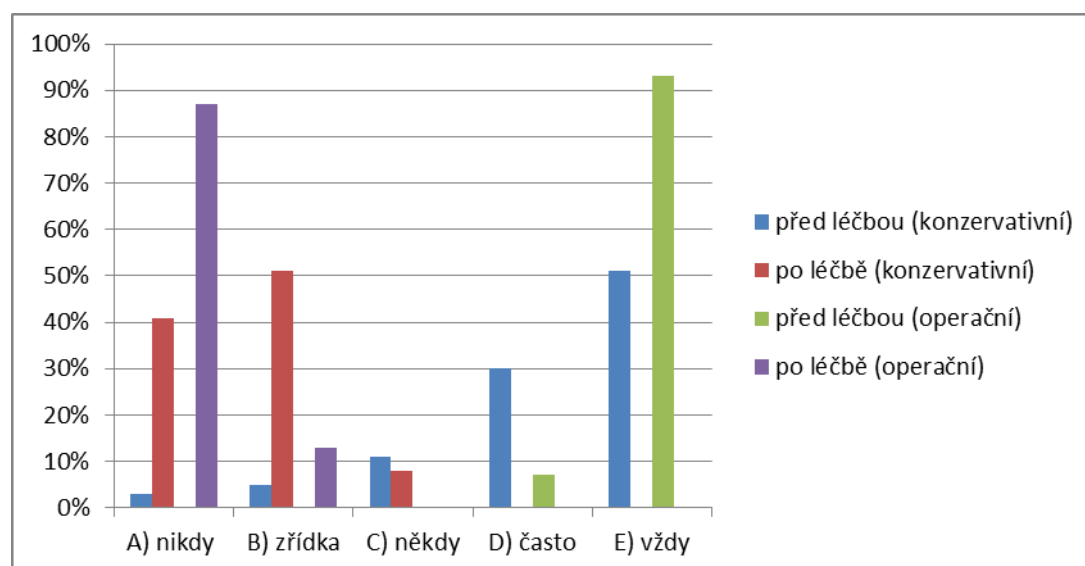
Na otázku: „Jak často jste se cítila špatně, kvůli možné „nehodě“ s únikem moči?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta E) vždy, kterou označilo 51,35 % žen, variantu D) často, označilo 29,73 % respondentek. Variantu C) někdy, označilo 10,81 % žen, variantu B) zřídka, označilo

5,41 % a variantu A) nikdy, kterou označilo pouhých 2,70 % respondentek. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) vždy, kterou zvolilo 93,33 % žen, variantu D) často, označilo 6,67 % respondentek, ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 40,54 % žen, variantu B) zřídka, označilo 51,35 % žen, variantu C) někdy, označilo 8,11 % respondentek, ostatní varianty byly označeny 0 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 86,67 % žen a variantu B) zřídka, označilo 13,33% žen, ostatní varianty nebyly ženami označeny a získaly 0 %.

Podle grafu č. 20 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se peraačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 20: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 19 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 21: Jak často jste se cítila posedlá svými problémy s únikem moči?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 38: Četnost odpovědí k otázce č. 21

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	5	13,51 %	10	27,03 %
B) zřídka	5	13,51 %	17	45,95 %
C) někdy	8	21,62 %	8	21,62 %
D) často	15	40,54 %	2	5,41 %
E) vždy	4	10,81 %	0	0 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 39: Četnost odpovědí k otázce č. 21

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	7	46,67 %
B) zřídka	0	0 %	7	46,67 %
C) někdy	1	6,67 %	1	6,67 %
D) často	10	66,67 %	0	0 %
E) vždy	4	26,67 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

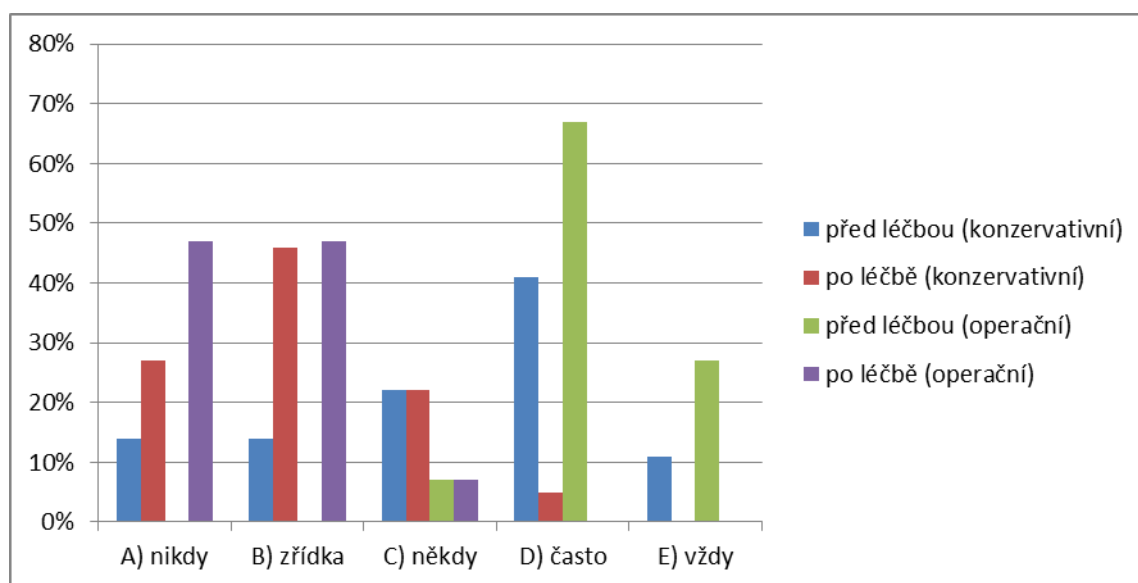
Na otázku: „Jak často jste se cítila posedlá svými problémy s únikem moči?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta D) často, kterou označilo 40,54 % žen, variantu C) někdy, označilo 21,62 % respondentek. Variantu A) nikdy a B) zřídka, označilo shodně 13,51 % žen

a variantu E) vždy, označilo 10,81 %. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) často, kterou zvolilo 66,67 % žen, variantu E) vždy, označilo 26,67 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 6,67 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 45,95 % žen, variantu A) nikdy, označilo 27,03 % žen, variantu C) někdy, označilo 21,62 % respondentek a variantu D) často označilo pouhých 5,41 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy a varianta B) zřídka, kterou označilo shodně 46,67 % žen a variantu C) někdy, označilo 6,67 % žen, ostatní varianty nebyly ženami označeny a získaly 0 %.

Podle grafu č. 21 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 21: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 19 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 22: Jak často jste myslela na to, že si musíte vzít vložku před odchodem z domova?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 40: Četnost odpovědí k otázce č. 22

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	8	21,62 %
B) zřídka	0	0 %	11	29,73 %
C) někdy	9	24,32 %	8	21,62 %
D) často	6	16,22 %	4	10,81 %
E) vždy	22	59,46 %	6	16,22 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 41: Četnost odpovědí k otázce č. 22

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	13	86,67 %
B) zřídka	0	0 %	2	13,33 %
C) někdy	0	0 %	0	0 %
D) často	3	20,00 %	0	0 %
E) vždy	12	80,00 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

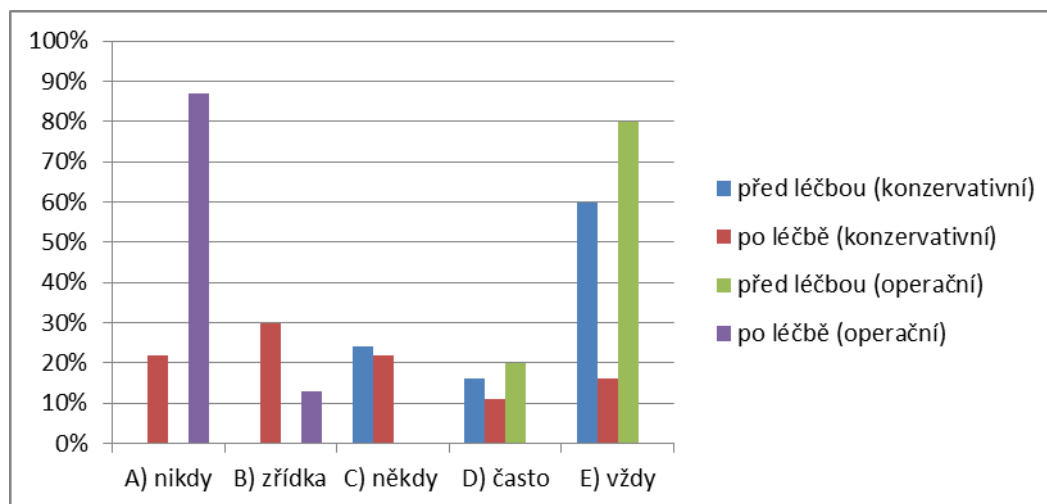
Na otázku: „Jak často jste myslela na to, že si musíte vzít vložku před odchodem z domova?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta E) vždy, kterou označilo 59,46 % žen, variantu C) někdy, označilo 24,32 % respondentek. Variantu D) často, označilo 16,22 % žen, ostatní varianty nebyly

využity a získaly 0 %. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta E) vždy, kterou zvolilo 80,00 % žen, variantu D) často, označilo 20,00 % respondentek. Ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědi varianta B) zřídka, kterou označilo 29,73 % žen, variantu A) nikdy a C) někdy, označilo shodně 21,62 % žen. Variantu E) vždy, označilo 16,22 a variantu D) často, označilo 10,81 % respondentek. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědi varianta A) nikdy, kterou označilo 86,67 % žen a variantu B) zřídka, označilo 13,33 % žen, ostatní varianty nebyly ženami označeny a získaly 0 % .

Podle grafu č. 22 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 22: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 22 (porovnání konzervativní a operační léčby)

SEXUALITA:

Otázka č. 23: Jak často jste, kvůli problémům s močením, měla pocit strachu ze sexuálního styku?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 42: Četnost odpovědí k otázce č. 23

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	7	18,92 %
B) zřídka	0	0 %	14	37,84 %
C) někdy	25	67,57 %	10	27,03 %
D) často	4	10,81 %	3	8,11 %
E) vždy	8	21,62 %	3	8,11 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 43: Četnost odpovědí k otázce č. 23

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	7	46,67 %
B) zřídka	0	0 %	6	40,00 %
C) někdy	2	13,33 %	1	6,67 %
D) často	8	53,33 %	1	6,67 %
E) vždy	5	33,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

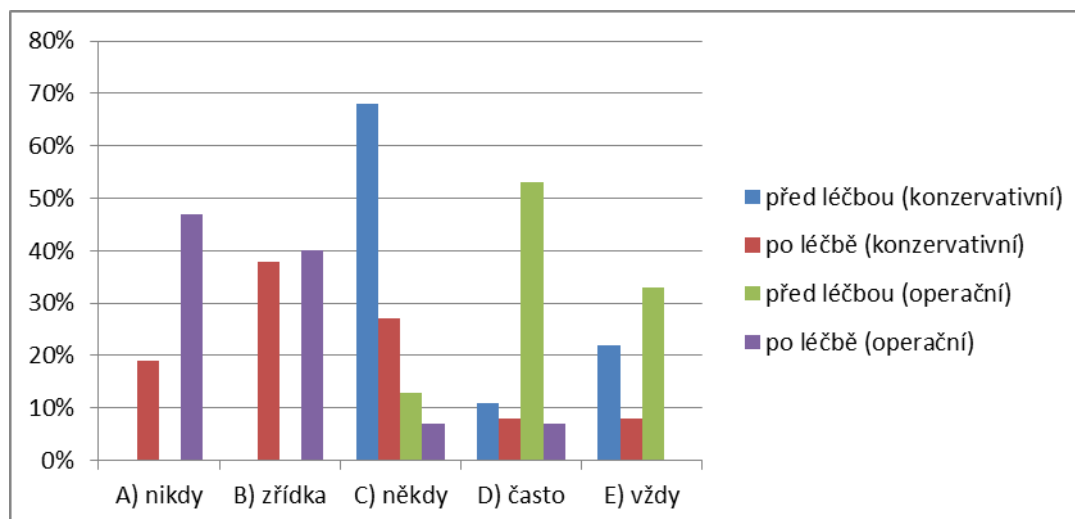
Na otázku: „Jak často jste, kvůli problémům s močením, měla pocit strachu ze sexuálního styku?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) někdy, kterou označilo 67,57 % žen, variantu E) vždy, označilo

21,62 % respondentek a variantu D) často, označilo 10,81 % žen, ostatní varianty nebyly využity a získaly 0 %. Nejčastější odpovědí žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) často, kterou zvolilo 53,33 % žen, variantu E) vždy, označilo 33,33 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 13,33 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 37,84 % žen, variantu C) někdy, označilo 27,03 % žen, variantu A) nikdy, označilo 18,92 % respondentek a variantu D) často a E) vždy, shodně označilo 8,11 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 46,67 % žen a variantu B) zřídka, označilo 40,00% žen a variantu C) někdy a D) často, shodně označilo 6,67 % žen. Varianta E) získala 0 %.

Podle grafu č. 23 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 23: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 23 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 24: Jak často jste se cítila znepokojená možností úniku moči při sexuálním styku?

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 44: Četnost odpovědí k otázce č. 24

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	8	21,62 %
B) zřídka	1	2,70 %	16	43,24 %
C) někdy	24	64,86 %	9	24,32 %
D) často	4	10,81 %	2	5,41 %
E) vždy	8	21,62 %	2	5,41 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

OPERAČNÍ LÉČBA:

Tabulka 45: Četnost odpovědí k otázce č. 24

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) nikdy	0	0 %	8	53,33 %
B) zřídka	0	0 %	5	33,33 %
C) někdy	2	13,33 %	1	6,67 %
D) často	8	53,33 %	1	6,67 %
E) vždy	5	33,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Komentář:

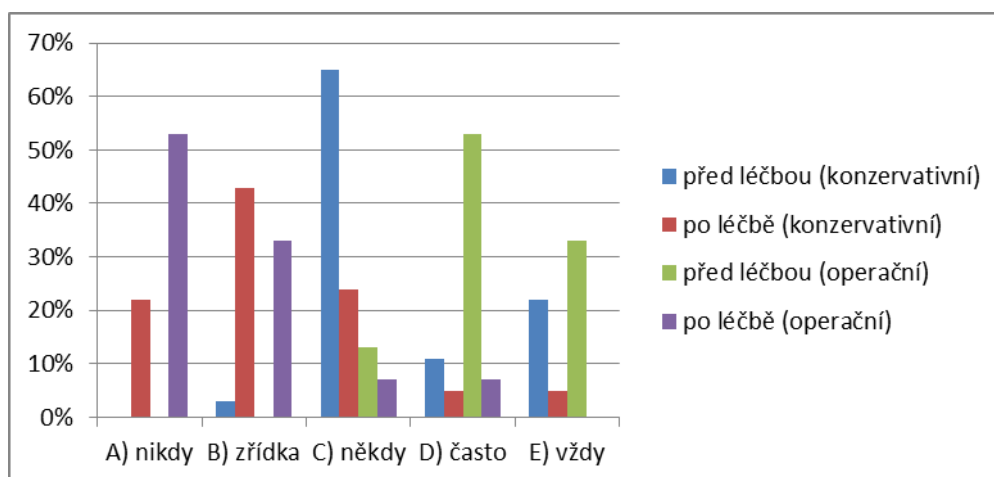
Na otázku: „Jak často jste se cítila znepokojená možností úniku moči při sexuálním styku?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením konzervativní léčby, byla varianta C) někdy, kterou označilo 64,86 % žen, variantu E) vždy, označilo 21,62 % respondentek. Variantu D) často, označilo 10,81 % žen, variantu B) zřídka, označilo

2,70 %, varianta A) nebyla využita. Nejčastější odpovědi žen hodnotící svůj stav před zahájením operační léčby, byla varianta D) často, kterou zvolilo 53,33 % žen, variantu E) vždy, označilo 33,33 % respondentek a variantu C) někdy, označilo 13,33 % žen. Ostatní varianty nebyly ženami označeny.

Ženy hodnotící svůj stav po prodělání konzervativní léčby byla nejčastější odpovědí varianta B) zřídka, kterou označilo 43,24 % žen, variantu C) někdy, označilo 24,32 % žen, variantu A) nikdy, označilo 21,62 % respondentek a variantu D) často a E) vždy, shodně označilo pouhých 5,41 % žen. U žen léčených operačním způsobem léčby byla nejčastější odpovědí varianta A) nikdy, kterou označilo 53,33 % žen, variantu B) zřídka, označilo 33,33% žen a variantu C) někdy a D) často, shodně označilo 6,67 % respondentek. Varianta E) nebyla označena.

Podle grafu č. 24 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 24: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 24 (porovnání konzervativní a operační léčby)

Otázka č. 25: Jak byste zhodnotila svou kvalitu života? (hodnocení-jako známkování ve škole)

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Tabulka 46: Četnost odpovědí k otázce č. 25

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A) 1 (spokojena)	0	0 %	2	5,41 %
B) 2 (spokojena)	0	0 %	10	27,03 %
C) 3 (nevím)	10	27,03 %	16	43,24 %
D) 4 (nespokojena)	13	35,13 %	8	21,62 %
E) 5 (nespokojena)	14	37,84 %	1	2,70 %
CELKEM	37	100 %	37	100 %

Spokojenost před léčbou – A + B = 0 %

Spokojenost po léčbě – A + B = 32,44 %

Nespokojenost před léčbou – D + E = 72,97 %

Nespokojenost po léčbě – D + E = 24,32 %

OPERAČNÍ LÉČBA

Tabulka 47: Četnost odpovědí k otázce č. 25

TYP VARIANTY	ABSOLUTNÍ ČETNOST (před léčbou)	RELATIVNÍ ČETNOST (před léčbou)	ABSOLUTNÍ ČETNOST (po léčbě)	RELATIVNÍ ČETNOST (po léčbě)
A)1 (spokojena)	0	0 %	9	60,00 %
B)2 (spokojena)	0	0 %	6	40,00 %
C)3 (nevím)	0	0 %	0	0 %
D)4 (nespokojena)	7	46,67 %	0	0 %
E)5 (nespokojena)	8	53,33 %	0	0 %
CELKEM	15	100 %	15	100 %

Spokojenost před léčbou – A + B = 0 %

Spokojenost po léčbě – A + B = 100 %

Nespokojenost před léčbou – D + E = 100 %

Nespokojenost po léčbě – D + E = 0 %

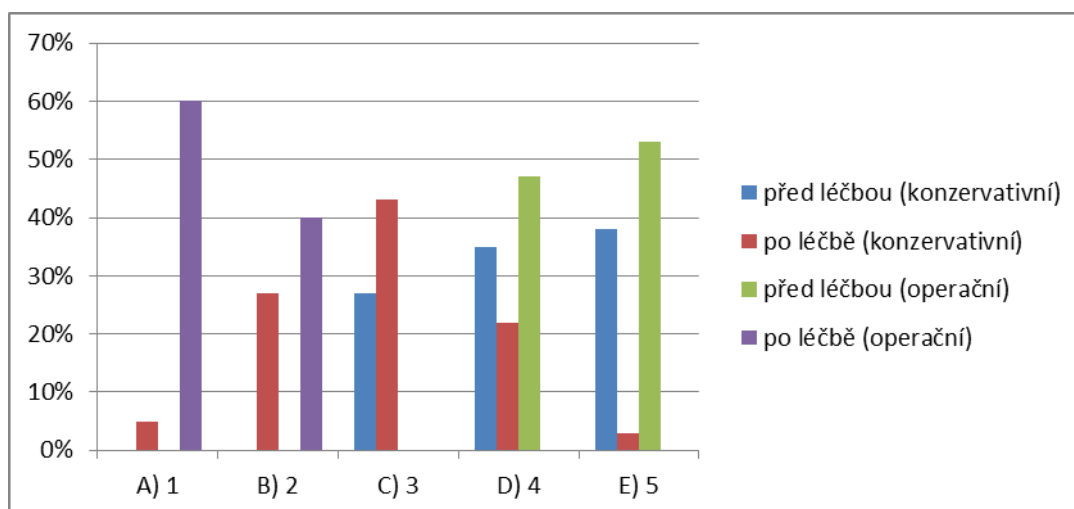
Komentář:

Na otázku: „Jak byste zhodnotila svou kvalitu života?“ bylo zaznamenáno 37 odpovědí v 37 dotaznících u žen léčících se konzervativním způsobem léčby a bylo tedy získáno 100 % množství odpovědí. U žen léčících se operačním způsobem léčby bylo zaznamenáno 15 odpovědí v 15 dotaznících a bylo tedy dosaženo 100 % množství odpovědí.

Před zahájením konzervativní léčby, ženy hodnotily svůj stav jako většinou neuspokojivý. 27,03 % dotazovaných žen, zhodnotilo svůj stav známkou 3, známkou 4 zhodnotilo svůj stav 35,13 % žen a známkou 5 zhodnotilo svůj stav 37,84 % žen. Před zahájením operační léčby dotazované ženy zhodnotily svůj stav jako neuspokojivý. Kdy 46,67 % žen zhodnotilo svůj stav známkou 4 a 53,33 % žen známkou 5.

Po minimálně tří měsíční konzervativní léčby došlo ke zlepšení vnímání svého stavu ženami, kdy bylo uvedeno, že 5,41 % žen považují svůj stav za uspokojivý se známkou 1. Známkou 2 označilo svůj stav 27,03 % a ve 43,24 % případů ženy neví, zda je jejich kvalita života v důsledku léčby uspokojena. Jako neuspokojivý hodnotí stav 21,62 % žen známkou 4 a za nedostatečně uspokojivý se známkou 5 i po léčbě považují svůj stav 2,70 % respondentek. Po absolvování operační léčby zhodnotilo 60 % žen svůj stav jako výborný a 40 % za chvalitebný.

Podle grafu č. 25 je zjevné, že většího zlepšení stavu po léčbě dosáhly ženy léčící se operačním způsobem léčby v porovnání s ženami léčícími se konzervativním způsobem.



Graf 25: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 25 (porovnání konzervativní a operační léčby)

10 Diskuze

Praktickou část bakalářské práce jsme zaměřili na kvalitu života žen se stresovou inkontinencí moči a má dva cíle. Prvním cílem byl stanoven průměrný věku žen, kdy se poprvé objevil problém stresové inkontinence a její nejčastější příčiny vzniku. A druhým cílem bylo stanovení porovnání kvality života žen při operativní a konzervativní léčbě stresové inkontinence. Jako respondenti pro výzkum byly vybrány pacientky urogynekologických poraden v Krajské nemocnici Liberec a.s. a v Nemocnici s poliklinikou v České Lípě a.s. léčící se konzervativní nebo operativní metodou léčby stresové inkontinence. Výzkumem jsme se snažili splnit cíle, které byly na počátku stanoveny a potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

Pro podpoření či vyvrácení hypotézy č. 1 jsme použili otázku č. 1 a otázku č. 4. Na otázku č. 1, bylo získáno 100 % množství odpovědí. Ke správnému dosažení výsledku byla zvolena uzavřená otázka, za účelem výpočtu váženého aritmetického průměru a získání informace o průměrném věku žen, kdy se poprvé objevil problém stresové inkontinence. Výsledkem výzkumu byl věk 48,5 let. Podle autorů Kolomba, Kolombové a Poršeho stresová inkontinence moči nejčastěji postihuje ženy ve věku 45 – 55 let. Naše výsledky se shodují s názorem autorů z publikace: Stresová inkontinence u žen z roku 2008. Výsledky našeho výzkumu jsme porovnávali s výsledky diplomové práce slečny Daniely Kurkové, která zkoumala nejčastější věk žen vzniku stresové inkontinence moči, výsledkem její práce byl věk 60 – 65 let, důvodem takto vysokého věku byl jiný věkový typ oslovených respondentů. Dále jsme se domnívali, že častěji budou postiženy mladší ženy v důsledku vícečetných těhotenství, komplikovaných porodů a fyzické námaze než ženy věkově starší. I přes tento výsledek se, ale domníváme, že v důsledku prevence by měly ženy být dostatečně informovány o možném riziku vzniku stresové inkontinence již od mladého věku. Na otázku č. 4, bylo získáno 100 % množství odpovědí a byla použita uzavřená forma otázky. Nejčastěji označenou odpovědí byla fyzická zátěž, kterou označilo 29,85 % žen. Druhou nejčastější odpovědí byla obezita, označená 20,90 % žen. I přes uzavřenou formu otázky, dvě pacientky u varianty jiné uvedly, že se domnívají, že příčinou vzniku stresové inkontinence u nich bylo několikanásobné ozařování orgánů malé pánve. Přesněji jedna pacientka uvedla, že se jednalo o dvaatřicetinasobné ozáření. I přes usilovné hledání se nám nepodařilo v odborné literatuře nalézt statistický údaj o nejčastějších příčinách vedoucí ke stresové inkontinenci. Námi stanovená hypotéza nebyla potvrzena.

Domnívali jsme se, že věkový průměr žen, kdy se problém stresové inkontinence objevil, bude okolo 40 let a nejčastějšími příčinami budou zátěž při fyzické námaze a porody. Námi stanovená hypotéza, tak byla částečně potvrzena.

K získání vyhodnocení hypotézy č. 2 byla použita otázka č. 25. Jako rozšiřující otázky týkající se kvality života byly použity otázky č. 6 – 24, díky kterým získáváme povědomí o kvalitě života z pohledu denních aktivit, citových důsledků a sexuality. Na otázku č. 25 bylo získáno 100 % množství odpovědí. V případě konzervativní terapie byla jedna třetina dotazovaných žen se svým stavem spokojeno. Nejčastěji ovšem ženy neuměly zhodnotit svůj stav a volily variantu nevím. V případě chirurgické léčby byly se svým stavem spokojeny všechny dotázané ženy. Zajímavým poznatkem je, že před operačním řešením stresové inkontinence byly všechny ženy se svým stavem nespokojeny. Námi zjištěná data jsme srovnávali s bakalářskou prací slečny Darji Machalínkové, jejíž práce byla zaměřena na výzkum kvality života žen po operační léčbě metodou TOT. Výsledkem jejího výzkumu bylo zjištění, že všechny dotazované ženy byly s výsledkem operace spokojeny a jejich kvalita života se zlepšila ve všech směrech. Námi provedená část výzkumu o stavu žen po operační léčbě dosáhl stejného výsledku jako výzkum slečny Machalínkové. **Domnívali jsme se, že více žen bude spokojeno se svým stavem po operativním řešení stresové inkontinence a méně po konzervativním řešení. Námi stanovená hypotéza, tak byla potvrzena.**

Pomocí doplňující otázky č. 2 bylo zjištěno, že 34,62 % dotazovaných žen navštívily lékaře do několika týdnů od prvních známek úniku moči. Zajímavým zjištěním, ale bylo, že 23,08 % dotazovaných žen s problémem úniku moči navštívily lékaře do jednoho roku a 13,46 % žen po více než dvou letech. Pomocí doplňujících otázek č. 6 - 24 jsme porovnávaly spokojenost respondentek se svým stavem v oblastech denních aktivit, fyzických aktivit, vlastní osobnosti, citových důsledků a sexuality před a po léčbě konzervativní a chirurgickou metodou. Jak je možné vidět v předcházejících grafech a tabulkách výsledná spokojenost žen odpovídá výsledkům doplňujících otázek. Námi stanovené hypotézy byly částečně potvrzeny. Předpokládali jsme, že stav pacientek po chirurgické léčbě bude lepší v porovnání s konzervativní léčbou. Zajímavým zjištěním byl nízký procentuální výsledek spokojenosti s konzervativní metodou, naopak operativní léčba předčila naše očekávání.

11 Doporučení pro praxi

Pro získání povědomí o diagnóze stresové inkontinence, její prevenci a metodě léčby bych navrhovala následující řešení:

- Informační letáky a plakáty o stresové inkontinenci, jejích preventivních opatřeních a moderních metodách léčby a jejich dostupnost v místech, kde se ženy často vyskytují. Například nemocnice, školy, továrny.
- Zařazení posilování svalstva pánevního dna do osnov v hodinách tělesné výchovy na základních a středních školách, za účelem osvojení si cviků a pravidelného posilování
- Využití overballů a gymnasticballů jako cvičební pomůcky do hodin tělesné výchovy. Dále mohou sloužit například v hodinách rodinné výchovy místo židlí. Při jejich vhodném použití pomáhají uvolnit svalstvo zad a posilovat svalstvo pánevního dna.
- Využití overballů v kancelářích, sborovnách nebo jiných pracovištích k relaxaci.

12 Závěr

Tématem této bakalářské práce se stala stresová inkontinence moči u žen. Cílem práce bylo zjištění průměrného věku a nejčastějších příčin, vedoucí ke vzniku stresové inkontinence, pro následné vyhledání zejména rizikových skupin žen a zajištění jejich edukace. I když ve výzkumu bylo zjištěno, že průměrným věkem žen, kdy se poprvé objevují příznaky úniku moči je 48,5 let, je důležité si uvědomit, že na prevenci vzniku stresové inkontinence by se mělo dbát již v mladém věku. Zvláštní důraz na prevenci by měl být kladen nejen u žen, které jsou v přímém kontaktu s rizikovými faktory a následnou možnou příčinou vzniku stresové inkontinence, ale také u všech ostatních žen. Není možné předvídat, zda právě ta či ona žena je ohrožena například komplikovaným porodem a následně také vznikem stresové inkontinence. Závěrem bych tak chtěla znovu připomenout, že ženy by měly dbát především na prevenci. Nejen naším, ale i doporučením řady odborníků je posilování svalstva pánevního dna, které by mělo být pravidelnou součástí jejich života. Pouhých několik minut denně věnované cvičení ve spojení s vyvarováním se rizikových činností může předcházet úniku moči a jeho následků.

Soupis bibliografických citací

- 1) MARTAN, A. MAŠATA, J. HALAŠKA, M. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. 1. vyd. Praha: PanMed, 2001. s. 39-63 ISBN 80-903049-0-7
- 2) ZIKMUND, J. HANUŠ, T. *Inkontinence moči u žen*. 1. vyd. Praha: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví ILF v Praze, 1993. s. 20-38 ISBN 80-7013-142-X
- 3) ZÁMEČNÍK, L. MACEK, P. *Moderní farmakoterapie v urologii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. s. 148-152 ISBN 978-80-7345-276-6
- 4) HOFFMANNOVÁ, P. PLÍVOVÁ, L. *Základy ošetrovatelské péče 1.díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. s. 4 ISBN 978-80-7372-340-8
- 5) ZERHAU, P. *Elektrostimulace v urologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. s. 11-12 ISBN 80-7013-204-3
- 6) HALAŠKA, M. et al. *Urogynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. s. XVI-21 ISBN 807262-272-2
- 7) GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. s. 21-27, 41-144 ISBN 978-80-247-3625-9
- 8) TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006. s. 9-11, 95-99 ISBN 80-70-13-324-4
- 9) NAŇKA, O. ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2009. s. 195-225 ISBN 978-80-7262-612-0
- 10) ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2.vyd. Praha: Grada, 2002. s. 252-340 ISBN 80-247-1132-X
- 11) SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. s. 81-85 ISBN 978-80-247-3379-9
- 12) HANUŠ, T. *Urologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2011. s. 48-49 ISBN 978-80-7387-387-5
- 13) EICHENAUER, R. VANHERPE, H. *Urologie*. 1.vyd. Praha: Scientia Medica, 1996. s. 261-264 ISBN 80-85526-36-0
- 14) Informativní brožurka pro ženy se stresovou inkontinencí, *Cviky pro posílení pánevního dna*, Hartmann- MoliMed
- 15) MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. s. 28-49 ISBN 80-247-1399-3

- 16) CARDOZO, L. STASKIN, D. Textbook of female urology and gynecology, 1.vyd.
Abingdon: Isis Medical Media, 2001. s. 917-924 ISBN 1-48184-358-X

Bibliografické odkazy na elektronické monografie

- 17) Ošetrovatelský proces [online] [cit. 2013- 02-21]
Dostupné z WWW: http://www.uzs.tul.cz/skripta/list_aut.cgi?aut=28&skr=36
- 18) Holismus [online] [cit. 2013-02-15]
Dostupné z WWW: http://www.uzs.tul.cz/skripta/list_aut.cgi?aut=28&skr=35
- 19) Měření kvality života v urogynékológii [online] [cit. 2013-01-13]
Dostupné z WWW: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=62>
- 20) Stupně inkontinence [online] [cit. 2012-08-16]
Dostupné z WWW: <http://www.inkontinence-info.cz/stupne-inkontinence.html>
- 21) Inkontinence [online] [cit. 2012-08-16]
Dostupné z WWW: <http://www.inkontinence-info.cz/co-je-inkontinence.html>
- 22) Stresová inkontinence [online] [cit. 2012-07-22]
Dostupné z WWW: <http://www.cz.hartmann.info/115800.php>
- 23) Cvičení [online] [cit. 2012-07-26]
Dostupné z WWW: <http://www.moliklub.cz/home-cz/cviceni-při-lehke-inkontinenci>
- 24) Pomůcky [online] [cit. 2013-04-22]
Dostupné z WWW: <http://www.pomucky-inkontinence.cz/text/vhodna-pomucka>

Další

- 25) KOLEKTIV AUTORŮ, *Cviky pro posílení svalů pánevního dna* [CD-ROM]
[cit. 2012-15-6] Instrukční CD od firmy Hartmann, MoliMed
- 26) MACHALÍNKOVÁ, D. Bakalářská práce na téma: Kvalita života žen se stresovou inkontinencí moči [online][cit.2013-25-6]
Dostupné z WWW: http://www.is.muni.cz/th/386535/If_b/Bakalarska_prace_-_Darja_Machalinkova_2012-MU-LF.pdf

27) KURKOVÁ, D. Bakalářská práce: Kvalita života žen s močovou inkontinencí v seniorském věku [online] [cit.2013-25-6]

Dostupné

z WWW:http://www.is.muni.cz/th/59893/If_m/Diplomova_prace_Daniela_Kurkova_2007.pdf

Seznam tabulek

Tabulka 1 Faktory ovlivňující vyprazdňování	14
Tabulka 4 Výskyt jednotlivých forem močové inkontinence.....	22
Tabulka 9: Četnost odpovědí k otázce č. 1	38
Tabulka 10: Četnost odpovědí k otázce č. 2.....	39
Tabulka 11: Četnost odpovědí k otázce č. 3.....	40
Tabulka 12: Četnost odpovědí k otázce č. 4.....	41
Tabulka 13: Četnost odpovědí k otázce č. 5.....	42
Tabulka 14: Četnost odpovědí k otázce č. 6.....	43
Tabulka 15: Četnost odpovědí k otázce č. 6.....	43
Tabulka 16: Četnost odpovědí k otázce č. 7.....	45
Tabulka 17: Četnost odpovědí k otázce č. 7.....	45
Tabulka 18: Četnost odpovědí k otázce č. 8.....	47
Tabulka 19: Četnost odpovědí k otázce č. 8.....	47
Tabulka 20: Četnost odpovědí k otázce č. 9.....	49
Tabulka 21: Četnost odpovědí k otázce č. 9.....	49
Tabulka 22: Četnost odpovědí k otázce č. 10.....	51
Tabulka 23: Četnost odpovědí k otázce č. 10.....	51
Tabulka 24: Četnost odpovědí k otázce č. 11.....	53
Tabulka 25: Četnost odpovědí k otázce č. 11.....	53
Tabulka 26: Četnost odpovědí k otázce č. 12.....	55
Tabulka 27: Četnost odpovědí k otázce č. 12.....	55
Tabulka 28: Četnost odpovědí k otázce č. 13.....	57
Tabulka 29: Četnost odpovědí k otázce č. 13.....	57
Tabulka 30: Četnost odpovědí k otázce č. 14.....	59
Tabulka 31: Četnost odpovědí k otázce č. 14.....	59
Tabulka 32: Četnost odpovědí k otázce č. 15.....	61
Tabulka 33: Četnost odpovědí k otázce č. 15.....	61

Tabulka 34: Četnost odpovědí k otázce č. 16.....	63
Tabulka 35: Četnost odpovědí k otázce č. 16.....	63
Tabulka 36: Četnost odpovědí k otázce č. 17.....	65
Tabulka 37: Četnost odpovědí k otázce č. 17.....	65
Tabulka 38: Četnost odpovědí k otázce č. 18.....	67
Tabulka 39: Četnost odpovědí k otázce č. 18.....	67
Tabulka 40: Četnost odpovědí k otázce č. 19.....	69
Tabulka 41: Četnost odpovědí k otázce č. 19.....	69
Tabulka 42: Četnost odpovědí k otázce č. 20.....	71
Tabulka 43: Četnost odpovědí k otázce č. 20.....	71
Tabulka 44: Četnost odpovědí k otázce č. 21.....	73
Tabulka 45: Četnost odpovědí k otázce č. 21.....	73
Tabulka 46: Četnost odpovědí k otázce č. 22.....	75
Tabulka 47: Četnost odpovědí k otázce č. 22.....	75
Tabulka 48: Četnost odpovědí k otázce č. 23.....	77
Tabulka 49: Četnost odpovědí k otázce č. 23.....	77
Tabulka 50: Četnost odpovědí k otázce č. 24.....	79
Tabulka 51: Četnost odpovědí k otázce č. 24.....	79
Tabulka 52: Četnost odpovědí k otázce č. 25.....	81
Tabulka 53: Četnost odpovědí k otázce č. 25.....	81

Seznam grafů

Graf 1 Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 1	38
Graf 2: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 2	39
Graf 3: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 3	40
Graf 4: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 4	41
Graf 5: Grafické znázornění procentuálního vyhodnocení otázky č. 5	42
Graf 6: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 6 (porovnání konzervativní a operační léčby).....	44
Graf 7: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 6 (porovnání konzervativní a operační léčby).....	46
Graf 8: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 8 (porovnání konzervativní a operační léčby).....	48
Graf 9: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 9 (porovnání konzervativní a operační léčby).....	50
Graf 10: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 10 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	52
Graf 11: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 11 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	54
Graf 12: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 12 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	56
Graf 13: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 13 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	58
Graf 14: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 14 (porovnání konzervativní a operační léčby)..	60
Graf 15: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 15 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	62
Graf 16: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 16 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	64
Graf 17: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 17 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	66
Graf 18: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 18 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	68
Graf 19: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 19 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	70
Graf 20: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 19 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	72
Graf 21: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 19 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	74
Graf 22: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 22 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	76
Graf 23: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 23 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	78
Graf 24: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 24 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	80
Graf 25: Grafické porovnání odpovědí na otázku č. 25 (porovnání konzervativní a operační léčby)...	83

Seznam příloh

PŘÍLOHA A	Přehled pomůcek
PŘÍLOHA B	Přehled absorbčních pomůcek
PŘÍLOHA C	Incostress a produkty značky Neen
PŘÍLOHA D	Schéma operace systémem TVT a TOT
PŘÍLOHA E	Dotazník
PŘÍLOHA F	Informační brožura
PŘÍLOHA G	Protokoly o provádění výzkumu

PŘÍLOHA A:

Přehled pomůcek pro inkontinenci

(HEJZLAROVÁ, L., *Pracovní postup: Péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči*, Praha: Ambit Media, 2009, s. 7)

Stupeň inkontinence	Druh pomůcky	Způsob úhrady pojišťovnou
Stupeň inkontinence 1 <ul style="list-style-type: none"> používání pomůcek je nepravidelné ztráty moči při stresových manévrech jsou menší než 30 ml únik moči při kašli, smíchu, kýchnutí, zvedání těžkých předmětů 	Vložky pro inkontinenci <ul style="list-style-type: none"> pro ženy liší se svými rozměry a sací schopností povrch zůstává suchý, jsou vybaveny protiprachovým absorbentem Absorpční kolektory <ul style="list-style-type: none"> pro muže forma inkontinentní vložky přizpůsobená anatomickým poměrům muže 	Max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 550 Kč
Stupeň inkontinence 2 <ul style="list-style-type: none"> používání pomůcek je nutné při každém stresovém manévru ztráty moči při stresovém manévru jsou mezi 30–80 ml k úniku dochází při změně polohy, při běhu, při chůzi do schodů, při lehké fyzické práci 	Vložné pleny <ul style="list-style-type: none"> větší tvarované vložné pleny vhodné pro chodící pacienty Kondomové urinály <ul style="list-style-type: none"> jde o kondomy opatřené přídržným lepicím páskem, který udrží urinál na správném místě. Urinál se připojí na močový sáček, který může mít různý objem, což je důležité z hlediska diskretnosti. Sáček si pomocí přídržných suchých zipů pacient přifixuje na lýtko či stehno. Urinály jsou dodávány o různých průměrech. Lze je užít i u ležících pacientů a napojit na velký sběrný sáček. Pacienta je nutné poučit o správné hygieně (jeden urinál na jeden den) Fixační prádlo <ul style="list-style-type: none"> je vyrobeno z pružného úpletu – síťoviny nebo z lycry – a slouží k pohodlnému uchycení ochranné pomůcky (vložky, pleny, kolektoru), je různé velikosti, lze je prát. Pouze užívá-li klient pleny nebo vložky 	Max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 900 Kč Kondomy urinální <ul style="list-style-type: none"> max. 30 ks/měsíčně, nejvýše do 900 Kč Sáčky sběrné urinální <ul style="list-style-type: none"> Max. 10 ks/měsíčně, nejvýše do 600 Kč Max. 24 ks ročně, nejvýše do 190 Kč – síťované Max 2 ks s lycrou ročně, nejvýše do 190 Kč
Stupeň inkontinence 3 <ul style="list-style-type: none"> používání pomůcek je trvalou nutností ztráty při stresových manévrech jsou větší než 80 ml únik moči nastává při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku moč uniká prakticky trvale 	Plenkové kalhotky <ul style="list-style-type: none"> můžeme rozlišit velikost i absorpci TYP 1 <ul style="list-style-type: none"> je na bocích opatřen lepicími pásky a je vhodný u ležících pacientů TYP 2 <ul style="list-style-type: none"> je opatřen pružným pasem je vhodný zejména pro mobilní pacienty pacientům se s nimi lépe manipuluje 	Max. 150 ks měsíčně, nejvýše do 1400 Kč

PŘÍLOHA B:

Absorbční pomůcky od firmy Hartmann

(převzato z: <http://www.moliklub.cz/data/www/0009/img0451.jpg>)



Doporučené množství absorpčních pomůcek Moli k preskripci

Platnost od 1. 2. 2013

Kód VCP	typ pomůcky, přísl. příloha max. 150 kusů/rok	absorpční kapacita (ml)	CS	rozměr (cm)	ks v bal.	bal. ks na 1 mls	bal. ks na 2 mls	bal. ks na 3 mls
MoliMed – vložky při lehkém úniku moči								
0087652	MoliMed Premium Micro Light	1	180	14	6/84	12/168	18/252	
0087116	MoliMed Premium Micro	1	260	14	5/70	11/154	17/238	
0087117	MoliMed Premium Mini	1	340	14	5/70	10/140	15/210	
0087118	MoliMed Premium Midi	1	490	14	3/42	7/98	10/140	
0087119	MoliMed Premium Maxi	1	960	14	3/42	7/98	10/140	
0087665	MoliMed Comfort Mini	1	300	30	3/90	6/180	9/270	
0087666	MoliMed Comfort Midi	1	490	30	2/60	5/150	7/210	
0087667	MoliMed Comfort Maxi	1	920	30	2/60	4/120	6/180	
MoliMed for men – vložky pro muže								
0087516	MoliMed for men Active	1	365	14	3/42	7/98	10/140	
0087674	MoliMed for men Protect	1	620	14	3/42	7/98	10/140	
MoliForm – vložné pleny								
0087468	MoliForm Normal	59 x 32	2	1 353	30	2/60	4/120	6/180
0087469	MoliForm Plus	59 x 32	2	1 617	30	2/60	4/120	6/180
0087470	MoliForm Extra	70 x 32	2	2 257	30	2/60	4/120	6/180
0087471	MoliForm Super	70 x 32	2	2 660	30	2/60	4/120	6/180
MoliCare Premium – prodyšné plenkové kalhotky na den a noc								
0088193	MoliCare Extra Small	40–60	3	1 300	30	4/120	8/240	13/390
0087472	MoliCare Small	60–90	3	1 530	30	3/90	7/210	11/330
0087473	MoliCare Medium	90–120	3	1 870	30	3/90	7/210	11/330
0087474	MoliCare Large	120–150	3	2 180	30	3/90	7/210	11/330
0088281	MoliCare Extra Large	150–175	3	3 300	14	4/56	8/112	12/168
0087475	MoliCare Super Small	60–90	3	1 980	30	3/90	6/180	9/270
0087476	MoliCare Super Medium	90–120	3	2 800	30	3/90	6/180	9/270
0087477	MoliCare Super Large	120–150	3	3 020	30	3/90	6/180	9/270
MoliCare Classic – plenkové kalhotky na den a noc								
0088100	MoliCare Small	50–80	3	1 100	30	4/120	8/240	12/360
0088101	MoliCare Medium	70–120	3	1 555	30	4/120	8/240	12/360
0088102	MoliCare Large	100–150	3	2 030	30	4/120	8/240	12/360
0088103	MoliCare Super Small	50–80	3	1 500	30	3/90	7/210	11/330
0088104	MoliCare Super Medium	70–120	3	2 190	30	3/90	7/210	11/330
0088105	MoliCare Super Large	100–150	3	2 620	30	3/90	7/210	11/330
MoliCare Mobile – prodyšné natahovací kalhotky na den a noc								
0087522	MoliCare Mobile Light Medium	80–120	3	966	14	5/70	10/140	15/210
0087523	MoliCare Mobile Light Large	100–150	3	1 139	14	4/56	9/126	14/196
0087921	MoliCare Mobile Extra Small	45–70	3	1 287	14	4/56	9/126	13/182
0087317	MoliCare Mobile Small	60–90	3	1 284	14	4/56	9/126	13/182
0087315	MoliCare Mobile Medium	80–120	3	1 564	14	4/56	9/126	13/182
0087316	MoliCare Mobile Large	100–150	3	1 713	14	4/56	9/126	13/182
0087922	MoliCare Mobile Extra Large	130–170	3	1 862	14	3/42	6/84	9/126
0087923	MoliCare Mobile Super Small	60–90	3	1 664	14	3/42	7/98	11/154
0087924	MoliCare Mobile Super Medium	80–120	3	1 896	14	3/42	7/98	11/154
0087925	MoliCare Mobile Super Large	100–150	3	2 196	14	3/42	7/98	11/154
MoliNea – podložky pod nemocné								
0016246	MoliNea Plus	40 x 60	3	580	25	192,26	143,45	
0088221	MoliNea Plus	60 x 60	3	1 100	30	243,00	212,25	
0088190	MoliNea Plus	60 x 90	3	1 700	30	294,20	212,25	
0088134	MoliNea Plus se záložkami	180 x 90	3	1 550	20	376,45	141,50	
MoliPants soft – fixační kalhotky								
0088222	MoliPants soft Small	45–80	2	5		190 Kč ročně, max. 24 ks		
0088223	MoliPants soft Medium	60–100	2	5		1 bal./rok		
0088224	MoliPants soft Large	80–120	2	5		1 bal./rok		
0088225	MoliPants soft Extra Large	100–160	2	5		1 bal./rok		
0088226	MoliPants soft Extra Large	140–180	2	5		1 bal./rok		
Menalind professional – speciální kosmetika								
	Čistící pěna	207,00		400 ml				
	Masážní gel	128,00		200 ml				
	Vlhké utěrky	123,00		50 ks				
	Koží ochranný krém na pokožku	180,00		200 ml				
	Ochranná pěna na pokožku	155,00		100 ml				

*SKP1 = lehká inkontinence, SKP2 = střední inkontinence, SKP3 = těžká inkontinence

PŘEHLED ABSORPČNÍCH POMŮCEK MOLI

KOSMETIKA

Lehký únik moči

speciální inkontinenční vložky



Více pohodlí
Vložky dobře sedí, drží a jsou diskrétní.

Proč jsou kvalitní?

- Spolehlivě pohltí moč i zápach
- Jsou diskrétní a nejsou vidět
- Jsou prodyšné
- Ve variantách pro muže i ženy



Střední a těžký únik moči

natahovací kalhotky



Sedí jako spodní prádlo
Přizpůsobí se každé postavě a neomezuje v pohybu.

Proč jsou kvalitní?

- Pod oblečením jsou diskrétní jako spodní prádlo
- Spolehlivě zadrží moč i zápach
- Vhodné pro muže i ženy
- Zabraňují postrannímu úniku moči
- Jsou prodyšné a pokožka se nezapažuje



Těžký únik moči

zalepovací kalhotky



Praktická lepitka
Její suchý zip usnadní opakované zalepování kalhotek na kalhotkách.

Proč jsou kvalitní?

- Spolehlivě zadrží moč i zápach
- Zabraňují postrannímu úniku moči
- Umožňují snadnou manipulaci
- Vhodné pro muže i ženy
- Jsou prodyšné a pokožka se nezapažuje



Speciální kosmetika

pro zralou a namáhanou pokožku



Účinná ochrana
Chrání pokožku před problémy spojenými s inkontinencí.

Proč je kvalitní?

- Modrá řada usnadňuje hygienu a šetrně čistí
- Růžová řada chrání pokožku a zabraňuje opruzením
- Žlutá řada hlubokově a dlouhodobě hydratuje



PŘÍLOHA C:

INCOSTRESS

(převzato z: <http://www.incostress.cz/cz/produkty/>)

IncoStress je zdravotnický prostředek určený pro ženy, které trpí stresovou inkontinencí moči.

Jak prostředek působí:

IncoStress se zavádí do pochvy, kde se přirozeně umístí proti močové trubici. Tento lehký tlak ovlivňuje nedobrovolný únik moči a obnovuje přirozenou anatomickou polohu měchýře. Díky unikátnímu tvaru způsobuje lehkou námahu svalstva pánevního dna a napomáhá k jeho posílení. Nejedná se ovšem o prostředek primárně určený ke cvičení pánevního dna a uživatelce je výrobce současně provádět cvičení dle Kegela.

Jak se prostředek zavádí:

Použití Inco Stressu je jednoduché , zavedení i vyjmutí probíhá stejným způsobem jako při aplikaci menstruačních tamponů.



Před i po aplikaci je důležité dodržovat základní hygienická pravidla:

- Vyprázdnit močový měchýř a umýt si ruce
- IncoStress omýt čistou vodou neparfémovaným mýdlem
- Při zavedení je možné použít lubrikant na základě vodní báze

Přípravek by neměl být používán nepřetržitě, po osmi hodinách by měl být vyjmut a alespoň jednu hodinu ponechán mimo tělo.

Při každodenní aplikaci je použitelnost 3 měsíce, při jeho nepravidelném užívání až 6 měsíců.

PRODUKTY ZNAČKY NEEN:

(převzato z: <http://www.pomucky-inkontinence.cz>)

KEGEL8:



Systém tonizující svaly pomáhá udržet pod kontrolou potíže se stresovou inkontinencí.

Balení obsahuje tři tonizéry různé velikosti a hmotnosti.

Cílem je pravidelné cvičení s postupným prodlužováním doby, po kterou je žena schopna vstojet v sobě pohodlně udržet tonizér.

AGUAFLEX:



Klinicky vyzkoušená pomůcka, skládající se ze dvou kuželů a sady malých závaží.

Kužely se vkládají do pochvy stejně jako menstruační tampony.

Rehabilitace pomocí Aquaflexu probíhá asi 12 týdnů s každodenním cvičením po dobu až 20 minut.

ANUFORM:



Jedná se o intraanální sondu pro komfortnější a efektivnější cvičení v kombinaci s elektrostimulačními přístroji Pericalm nebo Peritone.

Při zapojení sondy k elektrostimulačnímu přístroji přenáší jemné impulsy pro tonizaci a posílení svalů.

PERIFORM:



Jedná se o intravaginální sondu pro komfortnější a efektivnější cvičení v kombinaci s elektrostimulačními přístroji Pericalm a Peritone.

Při zapojení sondy k elektrostimulačnímu přístroji přenáší jemné impulsy pro tonizaci a posílení svalů.

PERITONE:



Peritone je elektromyografický přístroj, který zaznamenává a zobrazuje svalovou aktivitu. Svaly v průběhu kontrakce vysílají jemný elektrický proud, který je prostřednictvím sondy přenášen do přístroje. Tato zpětná vazba pomáhá nejen správně cvičit, ale také sledovat zvyšování pevnosti svalů.

PERICALM:



Pericalm je elektrostimulační přístroj, který přirozeně stimuluje svaly pánevního dna. Přístroj má 6 programů, které jsou vyvinuty pro specifické problémy jako je stresová, urgentní nebo smíšená inkontinence, bolesti či snížená citlivost v pánevní oblasti.

PŘÍLOHA D:

Schéma operace systémem TVT a TOT

(převzato z: <http://www.kup.at/journals/abbildugen/gross/3300.html>)

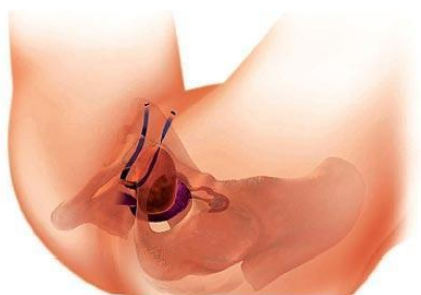


Schéma operace systémem TVT

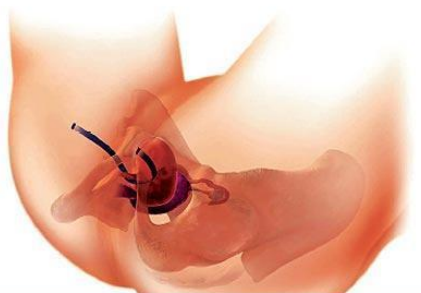


Schéma operace systémem TOT

PŘÍLOHA E:



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Michalčíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Dotazník, který držíte v ruce a který je zcela anonymní, je důležitou součástí mé závěrečné bakalářské práce. Dotazník je rozdělený do dvou částí. Cílem první části je zjištění průměrného věku, kdy se nejčastěji objevují problémy se stresovou inkontinencí a jaká byla podle Vašeho názoru jejich příčina. Cílem druhé části je zjistit kvalitu života žen se stresovou inkontinencí, které jsou léčeny současnými moderními metodami léčby.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

I. PRVNÍ ČÁST

1. V kolika letech se objevily první potíže týkající se stresové inkontinence ?

- Méně jak 30 let
- 30 – 34 let
- 35 – 39 let
- 40 – 44 let
- 45 – 49 let
- 50 – 54 let
- 55 – 60 let
- Více jak 60 let

2. Kdy jste poprvé navštívila lékaře v důsledku problému s únikem moči ?

- Ihned
- Do několika týdnů od prvních příznaků úniku moči
- Do několika měsíců od prvních příznaků úniku moči
- Do půl roku od prvních příznaků úniku moči
- Do jednoho roku od prvních příznaků úniku moči
- Do dvou let od prvních příznaků úniku moči
- Více

3. Vykonáváte při svém povolání větší fyzickou námahu ?

- ANO
- SPÍŠE ANO

- SPÍŠE NE
- NE

4. Myslíte si, že některý z níže uvedených faktorů mohl mít ve Vašem případě vliv na vznik stresové inkontinence ? (možno více odpovědí)

- Obezita
- Těhotenství
- Vyšší počet porodů
- Opakovaná zátěž při fyzické námaze
- Stav po hysterektomii (=odstranění dělohy)
- Jiné

5. Jaký druh léčby stresové inkontinence jste prodělala?

- Neoperativní
- Operativní (TVT, TOT ...)
- Oba typy

II.DRUHÁ ČÁST:

DENNÍ AKTIVITY

6. Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste byla mimo domov?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

7. Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste jela autem?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

8. Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste šla po schodech?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

9. Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste nakupovala nebo čekala ve frontě?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

10. Musíte si kvůli problémům s močením dělat přestávky při běžných denních aktivitách?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

FYZICKÁ AKTIVITA:

11. Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste se zvedala nebo nesla těžké břemeno?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

12. Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste sportovala?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

13. Jak moc Vás obtěžovaly/jí problémy s močením, pokud jste smrkala, kašlala, kýchala nebo se smála?

Před léčbou	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
Po léčbě	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně

VLASTNÍ OSOBNOST:

14. Jak často jste se, kvůli problémům s močením, necítila dobře?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

15. Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli zápachu moči?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

16. Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli ostatním lidem, kteří o Vašem problému s močením vědí?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

17. Jak často jste se cítila nepříjemně, kvůli skvrnám moči zanechaných na židli?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

18. Jak často jste se, kvůli problémům s močením, musela převléknout?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

CITOVÉ DŮSLEDKY:

19. Jak často jste trápila kvůli nutnosti nosit vložky?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

20. Jak často jste se cítila špatně kvůli možné „nehodě“ s únikem moči?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

21. Jak často jste se cítila posedlá svými problémy s únikem moči?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

22. Jak často jste myslela nato, že si musíte vzít vložku před odchodem z domova?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

SEXUALITA:

23. Jak často jste, kvůli problémům s močením, měla pocit strachu ze sexuálního styku?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

24. Jak často jste se cítila znepokojená možností úniku moči při sexuálním styku?

Před léčbou	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Po léčbě	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy

25. Jak by jste zhodnotila svou kvalitu života? (hodnocení- jako známkování ve škole)

Před léčbou	1 (spokojena)	2 (spokojena)	3 (nevím)	4 (nespokojena)	5 (nespokojena)
Po léčbě	1 (spokojena)	2 (spokojena)	3 (nevím)	4 (nespokojena)	5 (nespokojena)

PŘÍLOHA F:

NESTYĎTE SE MLUVIT O SVÉM PROBLÉMU S ...



... ÚNIKEM MOČI

DOCHÁZÍ U VÁS K NÁHLÉMU ÚNIKU MOČI PŘI ?

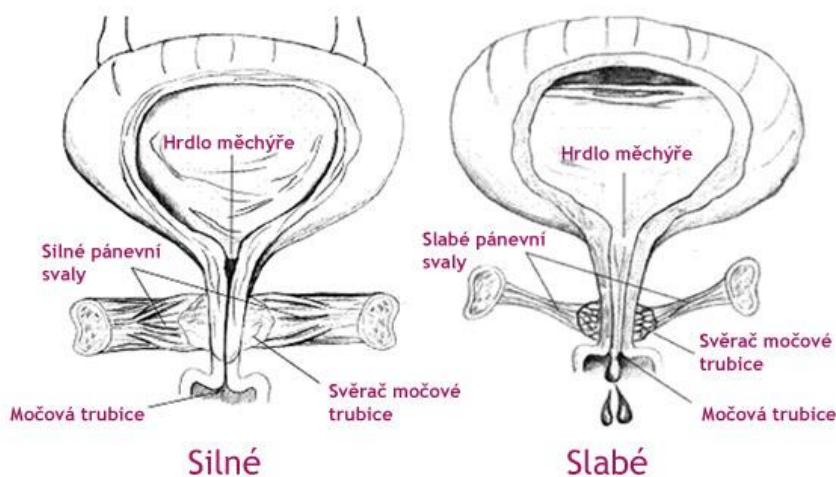
- PRÁCI ?
- SPOROTOVÁNÍ ?
- CHŮZI DO SCHODŮ ?
- ZVEDÁNÍ TĚŽKÝCH PŘEDMĚTŮ ?
- KÝCHÁNÍ, KAŠLÁNÍ NEBO SMÍCHU ?

PAK JE VAŠÍM PROBLÉMEM TZV. STRESOVÁ INKONTINENCE

CO JE STRESOVÁ INKONTINENCE ?

STRESOVÁ INKONTINENCE JE NÁHLÝ ÚNIK MOČI ZPŮSOBENÝ ZVÝŠENÍM NITROBŘIŠNÍHO TLAKU. VZNIKÁ NAPŘÍKLAD PŘI KÝCHNUTÍ, ZAKAŠLÁNÍ, SMÍCHU NEBO ZVEDÁNÍ TĚŽKÝCH PŘEDMĚTŮ. DŮVODEM JE OCHABNUTÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA, KTERÉ SE NEDOKÁŽE SPRÁVNĚ STAHOVAT. MNOŽSTVÍ UNIKLÉ MOČI BÝVÁ VELMI MALÉ, ALE I TO MŮŽE BÝT PRO ŽENU VELMI NEPŘÍJEMNÉ, ZVLÁŠTĚ NACHÁZÍ-LI SE VE SPOLEČNOSTI.

OBRÁZEK POROVNÁVAJÍCÍ SILNÉ A SLABÉ SVALSTVO PÁNEVNÍHO DNA



STRESOVÁ INKONTINENCE JE JEDNOU Z NEJČASTĚJŠÍCH TYPŮ INKONTINENCÍ. PODLE STATISTIK AŽ 20 % ŽEN VĚ VĚKU OKOLO 45 LET TRPÍ PRÁVĚ STRESOVOU INKONTINENCÍ.

JAKÉ JSOU PŘÍČINY STRESOVÉ INKONTINENCE ?

- TĚHOTENSTVÍ
- KOMPLIKOVANÝ POROD

- VÍCEČETNÉ PORODY
- PORODY DĚTÍ S VĚTŠÍ TĚLESNOU HMOTNOSTÍ
- VYKONÁVÁNÍ FYZICKÉ NÁMAHY (ČASTÉ ZVEDÁNÍ TĚŽKÝCH PŘEDMĚTŮ)
- NEVHODNÁ PRÁCE VYKONÁVANÁ TRVALE V SEDĚ A V PŘEDKLONU
- OBEZITA
- NEDOSTATEK HORMONŮ (ESTROGENU) V OBDOBÍ MENOPAUZY

KDO JE STRESOVOU INKONTINENCÍ OHROŽEN ?

- ŽENY V TĚHOTENSTVÍ
- ŽENY VYKONÁVAJÍCÍ FYZICKY NÁROČNOU PRÁCI
- OBÉZNÍ ŽENY
- ŽENY V OBDOBÍ MENOPAUZY

PREVENCE STRESOVÉ INKONTINENCE

PREVENČÍ STRESOVÉ INKONTINENCE JE PRAVIDELNÉ POSILOVÁNÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA, KDY CVIČENÍ JE NAPROSTO JEDNODUCHÉ A KAŽDÁ ŽENA BEZ ROZDÍLU VĚKU JEJ MŮŽE VYKONÁVAT V POHODLÍ DOMOVA. DÍKY POUHÝM NĚKOLIKA MINUTÁM DENNĚ VĚNOVANÝM POSILOVÁNÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA MŮŽETE PŘEDEJÍT NEPŘÍJEMNÝM PŘÍZNAKŮM ÚNIKŮM MOČI.

PŘÍKLADY CVIKŮ PRO POSÍLENÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA NALEZNETE NA KONCI BROŽURKY

LÉČBA STRESOVÉ INKONTINECE

POKUD U VÁS JIŽ PROBLÉM ÚNIKU MOČI NASTAL, NESTYĎTE SE NAVŠTÍVIT SVÉHO GYNEKOLOGICKÉHO LÉKAŘE, DÍKY JEHO VČASNÉ NÁVŠTĚVĚ MŮŽETE TOTIŽ PŘEDEJÍT ZÁVAŽNĚJŠÍMU PRŮBĚHU STRESOVÉ INKONTINENCE A KOMPLIKACEMI S NÍ SPOJENÝMI.

V PŘÍPADĚ POTVRZENÍ DIAGNÓZY STRESOVÉ INKONTINENCE VÁM MŮŽE PŘI JEJÍM LEHČÍM PRŮBĚHU BÝT LÉKAŘEM DOPORUČENO:

- PRAVIDELNÉ CVIČENÍ PRO POSÍLENÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA
- FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA
- UŽITÍ PODPŮRNÝCH PROSTŘEDKŮ VE FORMĚ POMŮCEK PRO POSÍLENÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA.

PŘI TĚŽŠÍM PRŮBĚHU STRESOVÉ INKONTINENCE JE MOŽNOSTÍ ŘEŠENÍ OPERATIVNÍ LÉČBA. NEJČASTĚJŠÍ METODOU JE ZÁKROK ZVANÝ TVT NEBO TOT. JEDNÁ SE O ZAVEDENÍ TAHUPROSTÉ PÁSKY POD MOČOVOU TRUBICI A JEJÍ UKOTVENÍ ZA STYDKOU SPONU

PÁNEVNÍ KOSTI. CELÝ ZÁKROK TRVÁ POUHÝCH 20-40 MINUT A JE PROVÁDĚN VE SVODNÉ ANESTEZII, KDY PACIENTKA BĚHEM ZÁKROKU JE PŘI VĚDOMÍ A KOMUNIKUJE S LÉKAŘEM.

PŘÍKLADY PODPŮRNÝCH POMŮCEK:

INCOSTRESS



AQUAFLEX



VÍCE INFORMACÍ NA :

www.pomucky-inkontinence.cz

www.incostress.cz/cz/produkty/

ZÁVĚREM

DOPORUČENÍM NEJEN NAŠÍM, ALE I ŘADY ODBORNÍKŮ JE POSILOVÁNÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA, KTERÉ BY MĚLO BÝT PRAVIDELNOU SOUČÁSTÍ VAŠEHO ŽIVOTA. POUHÝCH NĚKOLIK MINUT DENNĚ VĚNOVANÉ CVIČENÍ VE SPOJENÍ S VYVAROVÁNÍM SE RIZIKOVÝCH ČINNOSTÍ MŮŽE PŘEDCHÁZET ÚNIKU MOČI A JEHO NÁSLEDKŮ. CVIČIT BY TAK MĚLY NEJEN ŽENY, KTERÉ JSOU OHROŽENY VZNIKEM STRESOVÉ INKONTINENCE, ALE TAKÉ VŠECHNY OSTATNÍ ŽENY A DÍVKY. NENÍ MOŽNÉ TOTIŽ PŘEDVÍDAT, ZDA PRÁVĚ TA ČI ONA ŽENA JE OHROŽENA NAPŘÍKLAD KOMPLIKOVANÝM PORODEM A NÁSLEDNĚ TAKÉ VZNIKEM STRESOVÉ INKONTINENCE.

VÍCE INFORMACÍ O PROBLEMATICE STRESOVÉ INKONTINENCE

- WWW.TENACZ.CZ
- WWW.MOLIKLUB.CZ

NA TĚCHTO STRÁNKÁCH ZÍSKÁTE PO VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU ZDARMA VZORKY PRODUKTŮ
ZNAČKY TENA A HARTMANN NEBO DVD S POKYNY JAK SPRÁVNĚ POSILOVAT SVALSTVO
PÁNEVNÍHO DNA.

PŘÍKLADY CVIKŮ PRO POSÍLENÍ SVALSTVA PÁNEVNÍHO DNA

1. CVIK



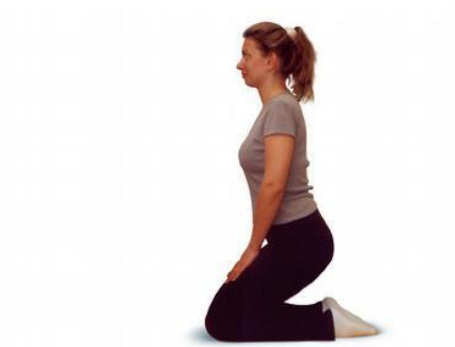
STOJ. POKRČÍME JEDNU NOHU.
UCHOPÍME JI POD KOLENEM A
PŘITÁHNEME STEHNO
K HRUDNÍKU. VÝDRŽ A ZPĚT DO
ZÁKLADNÍHO POSTAVENÍ.

2. CVIK



STOJ. NOHY JSOU PŘEKŘÍŽENÉ.
PROVÁDÍME PŘEDKLON A
POKUSÍME SE POMALU DLANĚMI
DOTKNOUT ZEMĚ.

3. CVIK



ZE ZÁKLADNÍ POLOHY V SEDU NA PATÁCH MÍRNĚ NADZVEDÁVÁME HÝŽDĚ.

4. CVIK



KLEKNEME SI. PAŽE A NOHY TVOŘÍ S TĚLEM PRAVÝ ÚHEL. HLAVA SE STÁVÁ PRODLOUŽENÍM TĚLA. PROPNEME JEDNU KONČETINU, NECHÁME JI NA TAŽENOU A PROVÁDÍME KMITY O MALÉM ROZSAHU.

5. CVIK



SED. OPŘEME RUCE O LOKTY. NOHY JSOU POKRČENÉ V KOLENOU A STŘÍDAVĚ SE DOTÝKÁME ŠPIČKAMI A PATAMI PODLOŽKY.

6. CVIK



SED. OPŘEME SE O RUCE
POKRČENÉ V LOKTECH A
NAPODOBUJEME JÍZDU NA KOLE.

7. CVIK



LEH NA ZÁDECH. NOHY JSOU
POKRČENÉ V KOLENOU A
ROZKROČENÉ NA ŠÍŘI CHODIDEL.
RUCE SEPNEME A NATÁHNEME
NAD HLAVU. POMALU
ODLEPUJEME LOPATKY OD
PODLOŽKY.

8. CVIK



LEH NA ZÁDECH. NOHY JSOU
POKRČENÉ V KOLENOU. RUCE
JSOU NATAŽENÉ. POMALU BEZ
ŠVIHU SE POSADÍME TAK,
ABYCHOM POLOŽILI DLANĚ NA
KOLENA. SE SEDEM ZÁROVEŇ
PROVÁDÍME VÝDECH.
OPAKUJEME.

9. CVIK



LEH NA ZÁDECH. NOHY JSOU NEPATRNĚ POKRČENÉ V KOLENOU. TAHEM NADZVEDÁVÁME PÁNEV A SNAŽÍME SE ODLEPIT ZADEČEK OD PODLOŽKY. DBÁME NA TO, ABY PÁNEV BYLA PODSAZENÁ.

10. CVIK



A. ZE SEDU NADZVEDNEME PÁNEV. STÁHNEME HÝŽDĚ. TRUP S PÁNVÍ JE V JEDNÉ ROVINĚ. CVIK PROVÁDÍME TAHEM, NE ŠVIHEM. ZPĚT DO SEDU. UVOLNÍME SE.

B. S OHLEDEM NA OBTÍŽNOST CVIKU A, JE MOŽNÉ PROVÉST OBDOBNÝ CVIK. DBÁME NA VTAŽENÍ SVALŮ DNA PÁNVE.



11. CVIK



LEH NA ZÁDECH. RUCE JSOU
UPAŽENY. NOHY POKRČENÉ
V KOLENOU POKLÁDÁME
STŘÍDAVĚ NA LEVOU A PAK NA
PRAVOU STRANU. VÝDECH JE
DOPROVÁZEN SOUČASNĚ
S POLOŽENÍM NOHOU NA
PODLOŽKU.

12. CVIK



LEHNEME SI NA BŘICHO.

DĚLÁME „FAJFKU“ NA OBOU
NOHÁCH. JEDNU NOHU
ZVEDNEME DO VZDUCHU A
NASMĚRUJEME JI ŠPÍČKOU DOLŮ.
NOHOU KMITÁME STŘÍDAVĚ
NAHORU A DOLŮ VŽDY O NĚKOLIK
CENTIMETRŮ. NOHY POTÉ
VYSTŘÍDÁME.

13. CVIK



NECHÁME NATAŽENOU NA PODLOŽCE.
HORNÍ NOHA JE OHNUTÁ V CHODIDLE
DO „FAJFKY“ A ZDVIHÁME JI NAHORU,
NEKRČÍME NOHU V KOLENI, NÁSLEDNĚ
POKLÁDÁME ZPĚT .

POUŽITÁ LITERATURA

- LENKA SLEZÁKOVÁ A KOLEKTIV – OČETŘOVATELSTVÍ V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ, VYDAVATELSTVÍ: GRADA, 2011
- MICHAEL HALAŠKA – UROGYNEKOLOGIE, VYDAVATELSTVÍ: GALÉN, 2004
- JIŘÍ ZIKMUND A TOMÁŠ HANUŠ – INKONTINENCE MOČI U ŽEN, VYDAVATELSTVÍ: PANMED, 1993
- MIKČNÍ DENÍK – HARTMANN, MOLIMED- ODBORNÝ DOHLED MARENČÁK
- WWW.EUROPAUOMO.CZ/PDF/INKONTINENCE-LETAK.PDF
- WWW.INCOSTRESS.CZ
- WWW.POMUCKY-INKONTINENCE.CZ

AUTOR

MARKÉTA MICHALČÍKOVÁ

STUDENTKA TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI

ÚSTAVU ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

POD ODBORNÝM DOHLEDEM MGR. ALENY KYRIANOVÉ



PŘÍLOHA G:

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	MICHALČÍKOVÁ MARKÉTA	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA 5341A009	Osobní číslo studenta 130 43	Ročník 3
Téma práce	KVALITA ŽIVOTA ŽEN SE STRESOVOU INKONTINENCÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	GYNEKOLOGICKÁ PORADNA KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEŘEC	
Jméno vedoucího práce	Mgr. ALENA KYRIANOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis Mgr. A. KYRIANOVÁ	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. A. KYRIANOVÁ	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	4.1.2012	
Datum ukončení výzkumu	24.1.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	/	
Počet oslovených respondentů (klientů)	40	
Poznámka:		

v. LIBERCI dne 5.1.2012

Michal

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	MICHALČÍKOVÁ MARKÉTA	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA 5341R009	Osobní číslo studenta 130 43	Ročník 3
Téma práce	KVALITA ŽIVOTA ŽEN SE STRESOVOU INKONTINENCÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	UROGynekologická poradna Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa	
Jméno vedoucího práce	Bc. ALENA KYRIANOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>A. KYRIANOVÁ</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>A. KYRIANOVÁ</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>A. KYRIANOVÁ</i>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>A. KYRIANOVÁ</i>	
Datum zahájení výzkumu	10.1.2012	
Datum ukončení výzkumu	26.2.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)	35	
Poznámka:		

v ČESKÉ LÍPĚ dne 6.1.2012

Michalčíková
podpis studenta

